

前期研修医 証明書

氏名：_____

卒業大学：_____

卒業年度：_____

研修施設名：_____

上記の者が、当施設に籍を置く

＜前期研修医＞であることを証明する。

年 月 日

研修指導責任者

氏名：_____ 印

役職：_____