

研修期間証明書（内科系・外科系志願者のみ）

SAMPLE

臨床研修修了証明書

氏名 日 大 医知郎

昭和 ○○年○月○日生

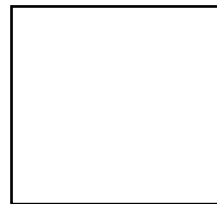
上記の者は下記のとおり本院臨床研修プログラムを修了したことを証明する。

研修期間 平成○○年○月○日～平成○○年○月○日

令和○○年○月○日

○○県立○○病院

病院長 医 道 太 郎



※研修修了病院に証明書発行を依頼してください。

「研修期間証明書」や「修了証明書」等病院により異なるかと思いますが、氏名・研修期間・病院名・公印のある証明書の「原本」を提出してください。

該当する証明書が発行されない場合は、以下の様式を使用し、研修病院に依頼をお願いいたします。

(研修病院に書式がなく発行できない場合、こちらの様式を御使用ください。)

臨床研修修了証明書

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

上記の者が下記のとおり本院初期臨床研修プログラムを修了したことを証明する。

研修期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

証明日 令和 年 月 日

病院名

証明者

公印

SAMPLE

臨床研修修了登録証

東京都
日大医知
昭和〇〇年〇月〇日生

臨床研修修了した医師として認められ

.....

よってこの登録証を

平成〇〇年〇月〇日

厚生労働大臣

本登録は平成〇〇年〇月〇日
医籍第〇〇〇〇〇〇〇号に登録

厚生労働局医政局長