

臨床研修修了見込証明書

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

所 属

(臨床研修指定病院名)

研修期間 年 月 日～

年 月 日修了見込み

当院は、厚生労働省の定める臨床研修指定病院であり、上記の者は当院にて上記の期間で臨床研修を修了する見込みであることを証明します。

年 月 日

病院名

住所

病院長名

公印