

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