臨床研修修了（見込）証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 研修医氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 医籍登録番号及び登録年月日 | 第　　　　　　　　　　　　号平成　　　年　　　月　　　日 |
| 修了(見込)臨床研修に係る　研修プログラムの番号及び　名称 | プログラム番号 | 研修プログラム名称 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 研修開始年月日及び研修終了(見込)年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日開始　　　　　年　　　月　　　日修了（見込） |
| 臨床研修を行った臨床研修病院の病院施設番号及び名称 | 病院施設番号 | 基幹型臨床研修病院の名称 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 臨床研修協力施設で研修を行った（又は行う見込の）場合にはその名称 |  |

　上のとおり臨床研修を修了（見込み）であることを証明する。

　令和　　　年　　　月　　　日

（基幹型臨床研修病院の）

所在地

名　称

病院長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

　　　　　　　　　　　　　　プログラム責任者　　　　　　　　　　　　　　　　　印