初期研修医　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

＜初期研修医＞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： |

※ご記入の上、当日参加受付窓口にご提出ください

※必ず本人証明のできる書類（身分証明書）等をご提示ください。

　証明できるものがない場合は、一般の扱いとなりますので、あらかじめご了承ください。