

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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所
病 院 名
病院長名

公印