



## 研修医・専攻医証明書

氏 名 \_\_\_\_\_

所属施設名 \_\_\_\_\_

上記の者は当施設に在籍し、研修医・専攻医であることを証明する。

年 月 日

所属施設名 \_\_\_\_\_

所属長あるいは部署責任者氏名 \_\_\_\_\_ ㊟