

# 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