**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