



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、予め御了承ください。