

# 研修証明書

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

上記の者が、当 **基幹・連携施設**の後期研修プログラムに則って  
次記病院に赴任し、併記の期間、内科臨床研修したことを証明  
いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
病院名 \_\_\_\_\_

上記の通り相違ありません。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

派遣先病院名： \_\_\_\_\_

病院長氏名： \_\_\_\_\_ 印

基幹・連携施設名： \_\_\_\_\_

発行責任者 氏名： \_\_\_\_\_ 印

※発行責任者とは、基幹施設・連携施設におけるプログラム統括責任者（正・副）または研修委員会委員長を指す