

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：

---