専攻医研修証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 専攻領域名  （19領域のうち一つ） |  |
| 所属プログラム名 |  |
| 専攻医氏名 |  |
| 専攻医の所属する病院 |  |

上記の者は、　　　　年　　　月　　　日に上記専門医研修を修了予定であることを証明いたします。

西暦　　　　年　　　　月　　　　日

【責任者】

施設名

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印