　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日: 　　　　年　　　　月　　　　日

研修履歴証明書

研修プログラム名 :

専攻医氏名 :　　 　　　　　　 印　 会員番号 :

専門医研修期間 :（西暦）　　 　年　　　月　　　日 ～　　 　年　　　月　　　日

研修病院 ： 　 　　　　　　　　 　　　　病院

研修内容 ：（下記①－④の番号を記入・複数可）

期間 :（西暦）　 　 　年　　 　月　 　　日 ～　　 　 年 　　　月　　 　日

研修病院 : 　　　 　　　　　　　　　　　病院

研修内容 :（下記①－④の番号を記入・複数可）

期間 :（西暦）　 　 　年　　 　月　 　　日 ～　　 　年　　 　月　　 　日

研修病院 : 　 　　　　　　 　　 　　　　病院

研修内容 :（下記①－④の番号を記入・複数可）

期間 :（西暦） 　　 　 年　　 　月　 　　日 ～　　 　 年　 　　月 　　　日

研修病院 : 　　　　　　　　　　　 　　　病院

研修内容 :（下記①－④の番号を記入・複数可）

期間 :（西暦）　　 　年　　 　月　 　　日 ～　　 　年 　　　月　 　　日

1. 急性期病棟12ヶ⽉
2. 地域包括ケアを意識した研修2ヶ⽉以上（可能なら6ヶ⽉）
3. 集中治療（努⼒義務2ヶ⽉以上）
4. 外来・救急研修　0.5⽇／週で3ヶ⽉の初診・救急外来+6ヶ⽉以上の再診外来

注：並行研修の研修施設での研修期間と研修内容も必ず記載すること。

上記、相違ないことを認めます。

プログラム責任者

施設名 ：

役 職 ：

氏 名 ： 　　　 　 　　　　　　　　　　印