

臨床研修修了（見込）証明書

研修医の氏名（ふりがな）	（ ）											
生年月日	西暦		年（昭和・平成		年）		月		日			
医籍登録番号 及び登録年月日	第		号									
	西暦		年（平成・令和		年）		月		日			
修了した臨床研修に係る研修プログラム の番号及び名称	プログラム番号						研修プログラムの名称					
							※研修中断により複数のプログラムを履修 した場合は、修了認定を行ったプログラム を記入					
研修開始年月日 及び研修修了（見込み）年月日	西暦		年（平成・令和		年）		月		日開始			
	西暦		年（平成・令和		年）		月		日修了（見込）			
臨床研修を行った（又は行う見込みの）臨床研修病院の病院施設 番号及び名称	病院施設番号						基幹型臨床研修病院の名称					
臨床研修協力施設で研修を行った（又は行う見込みの）場合にはその名称												

※研修中断により複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行った以外のプログラム及び当該プログラムを履修した病院の名称について、別紙に記載すること。

上のとおり臨床研修を修了見込みであることを証明する。

西暦 年（令和 年） 月 日
（基幹型臨床研修病院の）
所在地

名称

病院長

公印

プログラム責任者

印