**初期臨床研修医証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 本人氏名： |  |
| 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

「初期臨床研修医」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： |  | |