年　　月　　日

　熊本大学病院長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

**証 明 書 発 行 依 頼**

　　　　下記のとおり証明書の発行をお願いいたします。

記

**【証明書の種類】**

**【研修プログラム】**

プログラム名称：

**【証明書利用目的】**

**【証明書提出先】**

**※所定の様式がある場合には一緒にご提出ください。**

●●年●●月●●日

提出日の日付を記入すること。

　熊本大学病院長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名　熊本大学病院

施設名、所属、職名、生年月日、氏名を

記入し、押印すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名　総合臨床研修センター・研修医

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　昭和●●年●●月●●日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　●●　●●

**証 明 書 発 行 依 頼**

　　　　下記のとおり証明書の発行をお願いいたします。

記

**【証明書の種類】**

**【研修プログラム】**

プログラム名称：　熊本大学病院群卒後臨床研修プログラム●

証明書利用目的を、必ず記入すること。

**【証明書利用目的】**

**第●回**●●学会　発表のため

証明書提出先を、必ず記入すること。

**【証明書提出先】**

　　●●学会

**※所定の様式がある場合には一緒にご提出ください。**