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**

　　　　下記のとおり研修プログラムの課程を修了いたしましたので、修了証明書の発行をお願いいたします。

記

**【研修プログラム】**

プログラム名称：

研修開始年月日：　　　　　年　　月　　日

研修修了年月日：　　　　　年　　月　　日

　　研修施設名称　：

**【証明書利用目的】**

**【発行依頼の理由】**

●●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　●●病院

現在の所属施設名、所属（診療科名等）、役職（医長等）、生年月日、氏名を記入し、押印すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名　●●科・医長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　●●●●年●●月●●日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　●●　●●

**証 明 書 発 行 依 頼**

　　　　下記のとおり研修プログラムの課程を修了いたしましたので、修了証明書の発行をお願いいたします。

修了したプログラム名称、研修開始年月日、研修修了年月日及び研修施設名称（複数の研修施設で研修を履修した場合は、全ての研修施設名称）を記入すること。

記

**【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●

研修開始年月日：　平成●●年●●月●●日

現在の所属施設名、所属（診療科名等）、役職（医長等）、生年月日、氏名を記入し、押印すること。

研修修了年月日：　平成●●年●●月●●日

　　研修施設名称　：　熊本大学病院、▲▲病院

証明書利用目的を、必ず記載すること。

**【証明書利用目的】**

●●学会認定医試験受験のため、●●学会に提出するため。

証明書発行理由を、必ず記載すること。

**【発行依頼の理由】**

研修修了証紛失のため。