

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】

記入例

●●年●●月●●日

提出日の日付を記入すること。

熊本大学病院長 殿

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。

施設名 ●●病院
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。

【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
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】

証明書利用目的を、必ず記載すること。

●●学会認定医試験受験のため、●●学会に提出するため。

【発行依頼の理由】

証明書発行理由を、必ず記載すること。

研修修了証紛失のため。