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。

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

施設名、所属、職名、生年月日、氏名を記入し、押印すること。

施　設　名　熊本大学病院
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】　証明書利用目的を、必ず記入すること。
第●回●●学会　発表のため

【証明書提出先】　証明書提出先を、必ず記入すること。
●●学会

※所定の様式がある場合には一緒にご提出ください。