**研修医証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 勤務先 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先電話番号 |  |

上記の者が当施設の、研修医　であることを証明する。

令和7年　　　　月　　　　日

所属長（責任者）氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※責任者の署名・捺印（サイン）がない証明書は無効といたします。