研修期間証明書（内科系・外科系志願者のみ）

SAMPLE

臨床研修修了証明書

氏名　日　大　医知郎

昭和　〇〇年〇月〇日生

上記の者は下記のとおり本院臨床研修プログラムを修了したことを証明する。

研修期間　平成〇〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日

令和〇〇年〇月〇日

〇〇県立〇〇病院

病院長　医　道　太　郎

※研修修了病院に証明書発行を依頼してください。

「研修期間証明書」や「修了証明書」等病院により異なるかと思いますが，**氏名・研修期間・病院名・公印のある証明書**の「原本」を提出してください。

該当する証明書が発行されない場合は，以下の様式を使用し，研修病院に依頼をお願いいたします。

（研修病院に書式がなく発行できない場合，こちらの様式を御使用ください。）

臨床研修修了証明書

氏　　名

生年月日　　昭和・平成　　年　　月　　日

上記の者が下記のとおり本院初期臨床研修プログラムを修了したことを証明する。

研修期間　　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日

証明日　令和　　年　　月　　日

病院名

証明者　　公印

SAMPLE

臨 床 研 修 修 了 証

ふりがな 研修医の氏名	にちだい　いちろう 日大　医知郎
生年月日	昭和〇年〇月〇日
医籍登録番号 び登録年月日	〇〇〇〇〇〇 号 〇年〇月〇日
修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称	プログラム番号 0 研修プログラムの名称 〇〇県立〇〇病院　臨床研修病院群基本研修プログラム ※研修中断により複数プログラムを履修した場合は，修了認定を行ったプログラムを記入
研修開始年月日 及び研修修了年月日	平成　27年 平成　2
臨床研修を行った臨床研修病院の病院施設番号 名称	設番 0　0　0 基幹型臨床研修病院の名称 県立〇〇病院 により複数プログラムを履修した 定を行ったプログラムを記入 型臨床研修病院の名称 〇〇県立〇〇〇〇医療センター，〇〇〇病院
臨床研修協力施設での研修を行った場合にはその名称	

※研修中断により複数のプログラムを履修した場合は，修了認定を行った以外のプログラム及び該当プログラムを履修した病院の名称について，別紙に記載すること。

上の者は，〇〇県立〇〇病院臨床研修病院群基本研修プログラムの課程を修了したことを認定する。

平成〇〇年〇月〇日

〇〇県立〇〇病院長
〇〇県立〇〇病院臨床研修病院群研修管理委員会委員長
医　道　太　郎

SAMPLE

臨床研修修了登録証

東 京 都
日　大　医知
昭和〇〇年　　生

臨床研修　　した　　認証し
……　　……
……

よってこの

平　　〇月〇日

厚　　働 大 臣

本登録は平成〇〇年〇月〇日
医籍第〇〇〇〇〇〇号に登録

厚生労働局医政局長