

臨床研修修了見込証明書

広島赤十字・原爆病院 院長 殿

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

所 属

(臨床研修病院名)

研修期間 年 月 日～

年 月 日修了見込み

当院は厚生労働省の定める臨床研修病院であり、上記の者は
当院にて上記の期間で臨床研修を修了する見込みであることを
証明します。

令和 年 月 日

住 所
病 院 名
病院長名

印