

(様式 2 - B)

(経歴証明書番号

--	--

)

# 経歴（在籍）証明書 I - B ※

(形成外科研修)

氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は当施設において

--	--	--	--

 年 

--	--

 月 より 

--	--	--	--

 年 

--	--

 月 まで

(西暦で記入)

(実効研修期間 合計 

--

 年 

--	--

 ヶ月)

形成外科の研修を行ったことを証明します。

2 0 

--	--

 年 

--	--

 月 

--	--

 日

施設名 \_\_\_\_\_

認定施設番号

		-						-			
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--

住所 \_\_\_\_\_

所属長職名 \_\_\_\_\_

所属長氏名 (自署のこと)

⑩