

(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。

20

--	--

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