

(様式3)

(経歴証明書番号

--	--

)

## 経歴（在籍）証明書Ⅱ (臨床研修)

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)

(合計 

--

年 

--	--

ヶ月)

科の研修を行ったことを証明します。

※臨床研修をローテッドで行った方は、上記「\_\_\_\_\_科」を空欄の上、裏面を記載して下さい。

20 

--	--

年 

--	--

月 

--	--

日

施設名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

所属長職名 \_\_\_\_\_

所属長氏名(自署のこと) \_\_\_\_\_ ⑩

※ 臨床研修を行った場合に使用する証明書。

義務化された臨床研修を受けた方は厚生労働省より発行される『臨床研修修了登録証』の写しの提出で代用可能ですので、この証明書(様式3)の提出は不要です。

研修を受けた施設で独自に発行された証明書では代用不可ですのでご注意ください。

	研修診療科名 (例:外科、皮膚科 など)	研修期間 (開始 西暦〇〇〇〇年△月～終了 西暦□□□□年×月)	期間月数 (月で記入)
01		年 月 ～ 年 月	ヶ月
02		年 月 ～ 年 月	ヶ月
03		年 月 ～ 年 月	ヶ月
04		年 月 ～ 年 月	ヶ月
05		年 月 ～ 年 月	ヶ月
06		年 月 ～ 年 月	ヶ月
07		年 月 ～ 年 月	ヶ月
08		年 月 ～ 年 月	ヶ月
09		年 月 ～ 年 月	ヶ月
10		年 月 ～ 年 月	ヶ月
11		年 月 ～ 年 月	ヶ月
12		年 月 ～ 年 月	ヶ月
13		年 月 ～ 年 月	ヶ月
14		年 月 ～ 年 月	ヶ月
15		年 月 ～ 年 月	ヶ月
合計期間			ヶ月