

(様式3-A)

# 研修証明書

(日本形成外科学会の認定施設 or 教育関連施設の場合)

氏名：

上記の者は下記に示す期間、当施設において皮膚腫瘍外科手術を研修したことを証明いたします。

在籍期間

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

以上の通り証明します。

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

施設名

認定 (or 教育関連) 施設番号 — —

研修施設責任者 氏名 (印)

\*申請者自身が研修施設責任者の場合は、病院長のサインを記載してください。