

(様式3-B)

研修証明書

(研修期間が2012年4月1日以降で日本形成外科学会認定皮膚腫瘍外科分野指導医が
常勤している施設の場合)

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

施設名

責任者 氏名

印

皮膚腫瘍外科分野指導医認定番号：

責任者とは日本形成外科学会認定皮膚腫瘍外科分野指導医である。