【サンプル記入例】

**形成外科専門研修プログラム修了証明書**

医師氏名：形成　太郎

日本形成外科学会会員番号：013-123-4567

所属研修プログラム名称：ケイセイ大学形成外科専門研修プログラム

研修プログラム開始時期：2018年4月1日

研修プログラム終了時期：2022年3月31日

【研修歴】

施設名＜施設の種別＞：ケイセイ大学　形成外科＜基幹施設＞

研修期間：2018年 4月 1日～ 2019年 3月 31日（１２ヶ月）

施設名＜施設の種別＞：新宿大久保2丁目病院　形成外科＜連携候補施設＞

研修期間：2019年 4月 1日～ 2020年 8月 31日（１７ヶ月）

施設名＜施設の種別＞：静岡ケイセイクリニック【地域】＜地域医療研修施設＞

研修期間：2020年 9月 1日～ 2020年 12月 31日（４ヶ月）

施設名＜施設の種別＞：ケイセイ大学附属新宿病院　形成外科＜連携施設＞

研修期間：2021年 1月 1日～ 2022年 3月 31日（１５ヶ月）

※研修期間順に記載ください、原則4年以上の研修期間を必要とします。

　記入サンプルを参照の上、行数は必要に応じて追加してください。

3ヵ月以上の地域医療研修を行った施設では施設名の横に【地域】と記載ください。

　＊2023年度以降地域医療研修は必須ではなく**推奨**となりました。

備考：

※産休育休等の休止期間等、研修期間中の特記事項があれば記入

　＊産休・育休，疾病などにおける研修中断の期間は**半年まで**を研修期間としてカウントするこ

とが可能です。

上記の者は、研修プログラム中に経験すべき必要症例数（術者として経験する症例数を含む）を満たしていることを含め、日本専門医機構規程による形成外科領域専門研修プログラム/カリキュラムを修了したことを証明する。

ロゴ, アイコン

自動的に生成された説明西暦　2022年4月1日

　ケイセイ大学形成外科専門研修プログラム総括責任者（自署）：　　　形成　花子

専門研修基幹施設名：ケイセイ大学　形成外科