

専門医共通講習受講証明書

平成 年 月 日

一般社団法人日本形成外科学会
専門医生涯教育委員会委員長 殿

所属（施設） _____

（施設）住所 _____

病院長名 _____ ⑩

※公印をご捺印ください。

下記のことを、証明致します。

記

受講者	日本形成外科学会 会員番号 (_____)
受講日時	平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分
講習会名	
講師名	
受講内容	※下記のいずれかを選択してください。 <input type="checkbox"/> A: 医療安全講習 <input type="checkbox"/> B: 感染対策講習 <input type="checkbox"/> C: 医療倫理講習 <input type="checkbox"/> D: その他の専門医共通講習（医学研究講習会など）