**専門医共通講習受講証明書**

平成 　　年 　　月 　　日

日本専門医機構　御中

所属（施設）

(施設)住所

病院長名

※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。**  　A: 医療安全講習  　B: 感染対策講習  　C: 医療倫理講習  　D: その他の専門医共通講習（医学研究講習会など） |
|