（様式3-A）

**研修証明書**

　氏　名　：

上記の者は下記に示す期間、当施設においてレーザー治療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

　　　　　　　　 所属長　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　＊所属長は研修施設責任者名を記載してください。

（様式3-B）

**研修証明書**

　氏　名　：

上記の者は下記に示す期間、当施設においてレーザー治療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

　　　　　　　　　レーザー分野指導医番号：

　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印