**形成外科専門研修プログラム修了証明書**

医師氏名：

日本形成外科学会会員番号：

所属研修プログラム名称：

研修プログラム開始時期：

研修プログラム終了時期：

【研修歴】

施設名＜施設の種別＞：

研修期間： 年 月 日～ 年 月 日（〇〇ヵ月）

※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、形成外科専門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。

西暦　　　　　年　　月　　日

　〇〇専門研修プログラム総括責任者（自署）：　　　　　　　　　　　　印

専門研修基幹施設名：