

証明書・推薦書の交付について(伺)

標記書類について、下記のとおり交付願がありましたので、別紙のとおり交付してよろしいか伺います。

決裁責任者	専決者	起案責任者	起案日: 令和 年 月 日	令和 年 月 日	【臨床研修医】 修了見込証明書 の確認事項	<input type="checkbox"/> 2年次研修医	起案者
			決裁日: 令和 年 月 日	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 90日以上の 休止期間はない	
			申請方法	<input type="checkbox"/> 交付願を直接提出 <input type="checkbox"/> その他()			

※太枠内にご記入ください。

証明書・推薦書交付願

東京大学医学部附属病院長 殿
総合研修センター長 殿

(申請者)

所属

職名

氏名

研修期間

年 月 ~

年 月

【臨床研修】プログラム名

年度

プログラム

下記のとおり証明書・推薦書の交付を申請いたします。

種類(○で囲む)	プログラム在籍証明書・修了見込証明書・推薦書・その他()			英文証明書 (該当する場合のみ○で囲む)	
必要とする理由 (具体的に)					
提出先(機関名)					
発行者名	病院長 ・ 総合研修センター長 ・ その他()				
必要部数	部				
定型様式の有無 (有の場合は様式 または掲載HPのURL 等を添付すること)	有 ・ 無				
	参考URL等:				
連絡先	院内在籍	PHS(内線)	交付場所	総合研修センター事務室 ・ その他()	
		E-mail			
	院外在籍	郵送先 (○で囲む)	自宅 ・ 勤務先	勤務先 名称	*勤務先への郵送を希望する場合は必ず記入すること
		郵便番号	〒 -	住所	
		電話番号			
E-mail					
備考					

本人受取日	年 月 日	確認署名・印鑑
-------	-------	---------

(書類提出先) 東京大学医学部附属病院総合研修センター 〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1
Tel:03-3815-5411(内:32212) Fax:03-5800-6937 E-mail:soken@h.u-tokyo.ac.jp

※郵送をご希望の場合は、この申請書に必要な事項を記入し切手を貼った返信封筒を同封して当センター宛てに依頼をお願いいたします。

※病院長印による発行は、発行手続きの関係上、1週間程度お時間をいただいておりますので、余裕を持った申請をお願いいたします。

※在職証明書の発行については、総務課人事管理担当にお問い合わせください。