

(見本)

臨床研修修了見込証明書

氏名 ○○ ○○
年 月 日 生

上記の者は次のとおり本院卒後臨床研修プログラムを修了する見込みであることを証明する。

東京大学医学部附属病院○○プログラム

研修期間 年 月 日 ～ 年 月 日

令和 年 月 日

東京大学医学部附属病院

総合研修センター長 江頭 正人

(見本)

臨床研修証明書

氏名 ○○ ○○
年 月 日 生

上記の者は次のとおり本院卒後臨床研修プログラムの臨床研修医
であることを証明する

○○年度 東京大学医学部附属病院

卒後臨床研修○○プログラム

研修期間 年 月 日 ～ 年 月 日

令和 年 月 日

東京大学医学部附属病院

総合研修センター長 江頭 正人