

臨床研修プログラム在籍証明書

氏 名 ○○ ○○
生年月日 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に在籍する
臨床研修医であることを証明する。

20○○年度 東京大学医学部附属病院卒後臨床研修○プログラム

研修開始日： 20○○年 4 月 1 日
標準修了時期： 20○○年 3 月 31 日

なお、本証明書は、現時点における在籍状況および標準修了時期を証明するものであり、修了を保証するものではない。

20○○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