

専門研修受講証明書

提出日を記入してください。

令和 年 〇月 〇日

(宛先)

埼玉県知事

病院名 〇〇病院

該当しない方を二重線で消してください。

病院長 浦和 次郎

下記の者は当院（~~総合周産期母子医療センター~~・地域周産期母子医療センター・~~救命救急センター~~）において、専門研修を受講していることを証明します。

記

1 住 所 さいたま市浦和区高砂3-15-1

2 氏 名 埼玉 太郎

3 診療科名 小児科

受講する後期研修の名称を記入してください。

4 専門研修の種類 小児科専門医研修

5 専門研修の期間

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで