

## 後期研修受講証明書

提出日を記入してください。

令和6年 ○月 ○日

(宛先)

埼玉県知事

病院名 ○○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、後期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 後期研修の種類       小児科専門医研修

5 後期研修の期間

令和6年 4月 1日から   令和9年 3月31日まで