

要綱第1号様式

指定専門研修課程にあることの証明書

年 月 日

三重県知事 宛て

住 所

氏 名

(記名押印又は署名)

1 専門研修を受講している医療機関名

名 称

所在地

2 診療科等名

3 専門研修の期間

年 月 日 から 年 月 日

※上記の者は、当医療機関において専門研修を受講していることを証明します。

年 月 日

医療機関名

代表者職氏名

⑩

(注1) 医療機関における同趣旨の様式でも可

(注2) 証明者は、部門の長でも可。