様式第３号（第３条関係）

臨床研修修了（見込）証明書

宇和島市病院事業管理者　様

 私は、次のとおり臨床研修を修了予定です。

１　研修期間 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

　　研修機関名

２　研修期間 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

 研修機関名

３　研修期間 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

 研修機関名

４　研修期間 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

 研修機関名

 氏　名

 上記記載事項については、事実と相違ないことを証明します。

 　　年　　月　　日

 　証明者

 機関名

 代表者

 職氏名

（注）　　研修実施機関の長又は関係大学教授に証明を得ること。