

# 初期研修修了見込証明書

特定医療法人健康会 京都南病院グループ 殿

(氏 名) \_\_\_\_\_ ㊞

(生年月日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

上記の者は平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 当院において初期臨床  
研修修了見込の者であることを証明します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所在地 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_