様式第2号(第1条関係)

臨床研修又は後期研修を受けていることを証する書類

　　年　　月　　日

　福島県知事

研修病院

所在地

病院名

病院長氏名

電話番号

　下記の者は、当病院において臨床研修(後期研修)を受けていることを証明します。

1　申請者の氏名

2　研修の種類　　　　　臨床研修　　　　　後期研修

3　研修プログラムの名称

4　研修期間　　　　　　年　　月から　　　　　年　　月まで

5　病院長の意見

備考

　1　「研修の種類」の欄は、該当する事項を○で囲むこと。

　2　「病院長の意見」の欄は、申請者の人物評価等を記載すること。

　3　用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とし、縦長にして用いること。