

臨床研修受講証明書

証明日を記入してください。

令和 8 年 ○月 ○日

(あて先)

埼玉県知事

病院名 ○○総合病院

病院長 浦和 次郎

下記の者は、当院において臨床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 - 1 5 - 1

2 氏 名 埼玉 太郎

3 臨床研修の期間

令和 8 年 4 月 1 日から 令和 1 0 年 3 月 3 1 日まで