

研修歴証明書

氏名：

上記の者は下記に示す期間、当施設において創傷外科手術および非手術治療を研修したことを証明いたします。

在籍期間：

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

施設名：

該当するものに○を付けてください。

- ・日本形成外科学会専門医制度・新制度 基幹施設 ()
連携施設 ()
連携候補施設 ()
- ・日本形成外科学会専門医制度・旧制度 認定施設 ()
教育関連施設 ()
- ・常勤の日本創傷外科学会専門医：有 ()、無 ()

(有の場合は記載してください) 専門医氏名：

以上の通り証明します。

西暦 年 月 日

施設名

所属長 氏名

印

*所属長は研修施設責任者名を記載してください。