

(様式6)

## 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

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。