

臨床研修開始（修了）届出書

年 月 日

北海道知事 様

借受者 住 所

氏 名

1 臨床研修病院の名称及び所在地

(1) 名 称

(2) 所在地

2 臨床研修開始（修了）年月日 年 月 日

上記の者は、当病院において 年 月 日に臨床研修を開始（修了）したことを証明します。

年 月 日

所在地

名 称

病院長（氏名）

印

注 臨床研修を開始した場合は、医師免許証又はこれに相当するものの写しを添付すること。