

証明書交付願

20××年○月○日

東京科学大学病院長 殿

所属 総合教育研修センター

職名 臨床研修医

氏名 医科歯科 太郎

生年月日 19××年○月○日

連絡先 090-1234-5678

下記により証明書の交付を願います。

記

1.

証明書の種類	通数	備考
研修記録証明書	通	推薦状の代わりとして発行
臨床研修プログラム在籍証明書	通	
修了見込証明書	1通	〇〇年採用プログラム1
臨床研修修了証明書	通	
その他（ ）	通	

2. 証明書の提出先（必要通数分）

〇〇〇〇病院 △△科

3. 証明書の必要理由

入局時の提出書類として必要なため