

病 院 長	総合教育 研 修 センター長	事務部長	総務課長	参 事	係 長	担 当 者
専 決	専 決	専 決				

証明書交付願 (専門医共通講習)

2000年0月0日

東京科学大学病院長 殿

身分証明書に記載してある8桁の番号

氏名 医科歯科 太郎

職員番号

× × × × × × × ×

※当院所属の方のみご記入下さい

所属 診療科名

職名 臨床研修医

専門領域名 00科

専門医番号 00000 号

※未取得の場合は空欄

生年月日(西暦) 19××年0月0日 連絡先 090-12××-34××

下記により証明書の交付を願います。

記

1.

	講習内容	開催年月	
☒	医療安全講習(1 件)	2019 年 6 月	年 月
	備考		
☐	感染対策講習(件)	年 月	年 月
	備考		
☒	医療倫理講習(1 件)	2019 年 9 月	年 月
	備考		
☐	その他 ()	年 月	年 月

2. 証明書の提出先

△△△△学会 (提出先が複数の場合は一通ずつ交付願いが必要です)

3. 証明書を必要とする理由

専門医資格更新のため