

(様式3-B)

# 研修証明書

(日本形成外科学会認定皮膚腫瘍外科分野指導医が常勤している施設の場合)

氏名：

上記の者は下記に示す期間、当施設において皮膚腫瘍外科手術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

責任者 氏名

印

皮膚腫瘍外科分野指導医認定番号：

\*責任者とは日本形成外科学会認定皮膚腫瘍外科分野指導医である。\*