研修証明書

(日本形成外科学会の認定施設 or 教育関連施設の場合)

氏 名	:								
	の者は下記に とします。	示す期間、	当施設(におい	で皮膚	腫瘍外科	手術を研	修したこ	ことを
在籍期間	目								
西暦	年	月	日	~	西暦		年	月	日
以上の道	通り証明しま	きす。							
西暦	年	月	日	~	西暦		年	月	日
施設	名								
認定	(or 教育関連	1)施設番号	ļ.	-	_		_		
研修	施設責任者	氏名						Œ	D

*申請者自身が研修施設責任者の場合は、病院長のサインを記載してください。