

証 明 書 の 交 付 に つ い て (伺)

| | | | | | |
|---|-----------------|------|---------------|-------------------------------|---|
| 下記のとおり、交付願がありましたので、別紙のとおり交付してよろしいか伺います。 | | | | | |
| 病院長 | 事務部長 | 総務課長 | 総合臨床教育・研修センター | 起案者 | 起案日：平成 年 月 日 決裁日：平成 年 月 日 |
| | | | | | 申請方法 <input type="checkbox"/> 交付願を直接提出 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 総合臨床教育・研修センター長 | | | 臨床研修修了見込証明書の 確認事項 (チェック記入) | <input type="checkbox"/> 2年次研修医 <input type="checkbox"/> 90日以上の休止期間はない |
| | 医師・歯科医師臨床教育研修部長 | | | | |

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| 証 明 書 交 付 願 | | |
| 京都大学医学部附属病院長 殿 | | |
| (申請者) | | |
| 所 属 _____ | | |
| 職 名 _____ | | |
| ふり 氏が 名 _____ ㊟ | | |
| 研修期間 平成 年 月～平成 年 月 | | |
| プログラム名 _____ | | |
| 下記の通り証明書の交付を申請いたしますので、交付方よろしく願いいたします。 | | |
| 証明書の種類 (○して下さい) | 在籍証明書・臨床研修修了見込証明書・その他 () | |
| 証明書を必要とする理由 | | |
| 証明書の提出先 | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 生 | |
| 交付部数 | 部 | |
| 定型様式の有無 | 有 ・ 無 | |
| 院内の場合 | 連絡先 (作成次第連絡する) | 内線 (PHS) : ※交付場所：総合臨床教育・研修センター事務室 |
| 院外の場合 | 郵送先 | (〒 -) |
| | 連絡先電話番号 | - - |
| | E-mail | |

| | |
|-------|------------|
| 本人受取日 | 確認サイン or 印 |
| 年 月 日 | |