

初期研修修了見込書

特定医療法人健康会 京都南病院グループ 殿

(氏 名) _____ ㊞

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 当院において初期臨床
研修修了見込の者であることを証明します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所在地 _____

施設名 _____

施設長名 _____