

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：令和 年 月 日 決裁日：令和 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 _____			
氏 名 _____ ㊟			
研修期間：平成 年 月～平成・令和 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、交付方よろしくお願いいたします。			
証明書の種類			
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		
連絡先	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	