

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 of 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・令和 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(交付部数分記入)			
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

年 月 日

確認サイン or 印