

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 | 専門員<br>(臨床教育・研修担当) | 総合臨床教育・研修センター | 起案者                                      | 起案日：平成 年 月 日<br>決裁日：平成 年 月 日  |
| /                                       | /    | /    |                    |               |  | 申請方法<br><input type="checkbox"/> 交付願を直接提出<br><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  | <input type="checkbox"/> 2年次研修医          |   |
| 医師・歯科医師臨床教育研修部長                         |      |      | /                  | 確認事項 (チェック記入) | <input type="checkbox"/> 90日以上以上の休止期間はない |   |

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 \_\_\_\_\_ ⑤

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、交付方よろしくお願いいたします。

|                 |  |
|-----------------|--|
| 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 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)<br>内線 (PHS) :<br>※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 |
|-------------|------------|