

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	課長補佐 (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 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 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 _____		
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	
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	受領サイン or 印 (郵送の場合は受領メール)
年 月 日	