

証 明 書 発 行 願

※下記、太枠をご記入ください。

※証明書発行には1週間以上かかる場合がございますので、ご了承ください。

申請者	申請日	年 月 日
	連絡先 (いずれか記入)	内線 PHS: 電話番号:
	氏名	

証明書の種類	該当する箇所に○をご記入ください ※5、6の場合は()に証明書内容をご記入ください		対象者	部数
	1. 在籍証明書	(指定用紙: 有・無)		通
	2. 臨床研修修了見込証明書			通
	3. 採用内定証明書			通
	4. 推薦状			通
	5. 成績記録閲覧 (閲覧内容:) ※卒後臨床研修センター職員立会いの下、閲覧可能			/
	6. その他 ()			通
提出先				
目的				
受取方法	チェック欄	希望する受取方法1つに○をご記入ください ※郵送を希望する場合は返信用封筒(切手付)を同封してください		
		卒後臨床研修センターにて受取		
		院内便(診療科名:)にて受取		
		勤務先(勤務先名:) 住所〒	研修センター 担当者	
		自宅 住所〒		