

研修証明書 (認定医用)

申請者氏名 _____

上記の者は当施設において

_____年_____月 より _____年_____月まで
(西暦で記入)
(合計 _____年 _____ヶ月)

心血管インターベンション治療の研修を行ったことを証明します。この間に
心血管インターベンション治療を

術者として _____ 例、 助手として _____例

の経験があったことを証明します。

年 月 日

施設名: _____

認定施設番号:(研修施設 、 研修関連施設) _____

所属長職名: _____

所属長氏名: _____ 印

指導医番号: 指導医 _____

注: 1施設に1枚。2枚以上必要な場合はコピーして下さい。