

臨床研修受講証明書

証明日を記入してください。

→

令和 7 年 〇 月 〇 日

(あて先)

埼玉県知事

病院名 **〇〇総合病院**

病院長 **浦和 次郎**

下記の者は、当院において臨床研修を受講していることを証明します。

記

- 1 住 所 **さいたま市浦和区高砂 3－1 5－1**
- 2 氏 名 **埼玉 太郎**
- 3 臨床研修の期間

令和 7 年 4 月 1 日から 令和 9 年 3 月 3 1 日まで