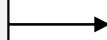


臨床研修受講証明書

証明日を記入してください。



令和5年 ○月 ○日

(あて先)

埼玉県知事

病院名 ○○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3-15-1**

2 氏 名                    **埼玉 太郎**

3 臨床研修の期間

**令和5年 4月 1日から 令和7年 3月31日まで**