様式第６の４（第７条の４関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定研修修了証明書指定研修修了証明書  年　　月　　日  　　愛知県知事　殿  所　　在　　地  指定研修に係る  基幹施設の名称  管　　理　　者  　下記の者は、当基幹施設の専門研修プログラムを受講し、指定研修を修了したことを証明します。 | | | |
| 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 診療科及び 専門研修プログラム名 | 診療科 | |  |
| 専門研修 プログラム名 | |  |
| 指定研修を受けた医療機関の名称及び期間  指定研修の開始か ら修了まで、研修 期間ごとに記入す ること。 | ① | 指定研修を受けた医療機関：  年　　月　　日　～　　年　　月　　日  （　　年　　箇月） | |
| ② | 指定研修を受けた医療機関：  年　　月　　日　～　　年　　月　　日  （　　年　　箇月） | |
| ③ | 指定研修を受けた医療機関：  年　　月　　日　～　　年　　月　　日  （　　年　　箇月） | |
| ④ | 指定研修を受けた医療機関：  年　　月　　日　～　　年　　月　　日  （　　年　　箇月） | |
| 指定研修の開始から修了までに休止期間があったときはその期間及びその理由 | 休止 期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日  （　　　　　箇月） | |
| 休止の理由 |  | |

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。