

年 月 日

教育施設研修終了証明書

教育関連施設

教育施設名(診療科名)※教育関連施設名を記載

認定教育施設名(診療科名)

認定教育施設長名(診療科長名)

㊦

下記のものは、上記教育施設において常勤として日本糖尿病学会専門医制度に基づく専門医研修を下記の期間実施、終了したことを証明する。

研修医師名

生年月日(西暦)

現住所 〒

Tel.

研修期間(西暦) 年 月 日 ～ 年 月 日

上記期間私が指導しました。

研修指導医名(自署)

研修期間(西暦) 年 月 日 ～ 年 月 日

上記期間私が指導しました。

研修指導医名(自署)

研修期間(西暦) 年 月 日 ～ 年 月 日

上記期間私が指導しました。

研修指導医名(自署)

※研修指導医が交代した場合、それぞれの研修期間と指導医名をお書きください。

※研修が複数の施設においてなれた場合には、施設毎にご提出ください。

(用紙はコピーしてください)

※研修指導医とは各施設で該当する期間に登録された研修指導医を指します。

※常勤とは、1日の勤務時間が7時間45分、週4日以上を原則とします。