

業務（研修）従事期間証明書

年 月 日

熊本県知事

様

所在地

医療機関の名称

開設者又は管理者

印

次の者は、当医療機関において業務に従事していたことを証明します。

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
医籍登録番号及び 登録年月日	(号) 年 月 日登録
業務（研修）従事期 間及び月数	年 月 日から 年 月 日まで(か月)
業務（研修）従事期 間中に休職又は停 職があったときは その期間、月数及び その理由	年 月 日から 年 月 日まで(か月) <理由>

(注) 様式中不要の文字は、抹消してください。