|  |
| --- |
| **診療経験に関する証明書**  医療機関名  氏　　　名  　１　診断を希望する科目  　２　経歴書における希望診断科目医療従事期間  　　　自　　　年　　　月　　　日  　　　至　　　年　　　月　　　日　　　　月間（１週　　　　日　　　　時間）  　　　診療に従事した医療機関名  ３　上記期間中の主な診療内容  　　　　　　　　　（診療疾患名及び従事期間における診療症例件数をご記入ください）  　　　　　　　　　　　上記の通り相違ないことを証明する。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　医療機関  　　　　　　　　　　　　　　　医療機関  　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名 |

　　※　上記証明欄は診療に従事した医療機関において証明を受けてください。