

専門医共通講習受講証明書

No _____

受講者

氏名 _____

生年月日 _____ 年（西暦） _____ 月 _____ 日

所属 _____

専門領域名 _____ 専門医番号 _____

受講講習会

講習会名・講習演題名 _____

登録番号 _____

開催年月日 _____ 年（西暦） _____ 月 _____ 日

開始時間・終了時間 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

開催場所 _____

施設の区分 _____

カテゴリー区分 _____ 単位数： _____

上記の通り受講したことを証明します

一般社団法人 日本専門医機構

理事長 吉村 博邦

基幹施設・
連携施設名

病院長名

印

受講証明書事務局控

No _____

受講者

氏名 _____

生年月日 _____ 年（西暦） _____ 月 _____ 日

所属 _____

専門領域名 _____ 専門医番号 _____

受講講習会

登録番号 _____

開催年月日 _____ 年（西暦） _____ 月 _____ 日

カテゴリー区分 _____ 単位数 _____