

感染症研修証明書

申請者氏名：

上記の者は本施設において以下の期間、研修を行ったことを証明致します。

研修期間： 年 月 ～ 年 月

また、研修記録一覧表の症例番号（ ）
については、当該受験者の当施設における主治医（担当医）としての症例であるこ
とを確認致しました。

証明日 年 月 日

研修施設名

教育責任者名[※]

⑩

※教育責任者名には日本感染症学会指導医の氏名を記載する(自筆)。

但し、研修途中で指導医が異動等により不在となった場合は、施設長が代行することができる。

その場合は、施設長名を記載する。

※印字・ゴム印は不可。

*複数の施設で研修を行った場合はその施設分証明書をご提出下さい。