

## 勤務（研修）証明書

申請者氏名； \_\_\_\_\_

施設名\*； \_\_\_\_\_  
(\*現在の所属)

上記の者は当施設において

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月より \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月まで  
(西暦で記入)  
(合計 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_ヶ月)

心血管インターベンション治療に従事したことを証明します。

20 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

施設名： \_\_\_\_\_

病院長： \_\_\_\_\_ 印

所属長職名： \_\_\_\_\_

所属長氏名： \_\_\_\_\_ 印

\*病院長または所属部長の記名、押印が必須です。