

指定施設研修修了証

2*** 年 ** 月 ** 日

公益社団法人日本超音波医学会 理事長 殿

下記の医師は当施設において超音波診療の研修を修了したことを証明します。

氏名 文京太郎 (性別: 男) 生年月日 1956年11月15日生日本超音波医学会会員番号 19000001研修を受けた期間 1983年4月～1987年3月研修を受けた期間 1996年4月～2000年3月研修を受けた期間 年 月～年 月

施設名 _____

研修施設指定番号 - -所在地 〒113-0001 東京都台東区池之端1-1-1池之端大学医学部附属病院電話番号 (03) 3800-1234研修指導医 役職 科長 氏名(自署) 東京花子 (東京)

(署名のタイプ不可)

指導医番号 SJSUM-*** 専門医番号 FJSUM-***所属長 役職 内科科長 氏名(自署) 東京花子 (東京)

(署名のタイプ不可)

※貴施設で受験希望者が在籍していた際の研修指導医が、他施設への異動等があり、署名・捺印できない場合

・当該施設に、現在、別の研修指導医が在籍していれば、その指導医及び所属長の署名・捺印が必要です。

・当該施設に研修指導医が在籍していなければ、所属長の署名・捺印のみが必要です。