【記入例】　　（様式2）

指定施設研修修了証

研修を受けた期間は、以下の施設名に記載の指定施設における研修期間を記載してください。
他の指定施設の研修期間を記載することはできません。

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　1977 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　2013 年 4 月 ～ 2022 年 3 月

研修を受けた期間　　年　　月 ～　　年　　月

研修を受けた期間　　年　　月 ～　　年　　月

「所属長」の欄が空欄になることはありません。
空欄で提出された書類は無効となります。

今一度、申請書類作成要領の「4. 指定施設研修修了証（様式2）」に記載されている事項をご確認いただき、不備がないようご注意ください。 >> こちら

施 設 名　湯島医科大学附属病院

指定施設番号　1 － 1 － 1

所 在 地　〒 113 － 0033　東京都文京区湯島3-23-1

電話番号　（ 03 ）　3800 － 1234

署名のﾀｲﾌﾟ不可

研修指導医　役職＊　科長　氏名（自署）　東京 花子

＊上記施設に非常勤で勤務されている場合、役職欄には非常勤医師とご記載ください。

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

（署名のﾀｲﾌﾟ不可）

※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、所属長の署名のみ必要です。

公益社団法人日本超音波医学会認定超音波専門医制度委員会