

## 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 \_\_\_\_\_