（様式６）

**研修歴証明書**

　氏　名　：

上記の者が下記に示す期間、当施設において頭蓋顎顔面外科手術を研修したことを証明いたします。

勤務状況　（いずれかを○で囲む）

週　１～２日　　，　　週　３日以上

在籍期間

西暦　　　年　　　　月　　　　日　～　西暦　　　年　　　　月　　　　日

以上の通り証明します。

　西暦　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　 所属長　署名：

　　　　　　　　　　　　　　　＊所属長は研修施設責任者名を記載してください。

＊申請者自身が研修施設責任者の場合は、病院長のサインを記載してください。