

初期臨床研修開始（終了）届出書

年 月 日

遠軽町長 様

借受者 住所
氏名

印

初期臨床研修を開始（終了）したので、次のとおり届け出ます。

- 1 臨床研修病院の名称
- 2 臨床研修開始（終了）年月日
年 月 日
- 3 遠軽町内での研修予定（実績）※初期臨床研修を旭川医科大学病院で受ける場合
 - (1) 医療機関名
 - (2) 研修期間
年 月 日から 年 月 日まで

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地
名称
病院長

印