

実習・研修事前オリエンテーション実施完了証明書

令和 ○年 ○月 ○日

三重大学医学部附属病院長 殿

施設名 ○○大学
施設長名/研修生氏名 学長 ○○ ○○

公印不要です

以下の者について、実習・研修開始前までに事前オリエンテーションを終了したことを証明します。

連番	氏名
1	○○ ○○
2	○○ ○○
3	○○ ○○
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

※行が足りない場合は適宜追加してください。