**専門医共通講習受講証明書**

平成 　　年 　　月 　　日

日本専門医機構

専門医委員会　殿

所属（施設）

（施設）住所

主催責任者

※公印をご捺印ください。

下記のことを、証明致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| 受 講 者 |  |
|
| 受講日時 | 平成　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 講習会名  講習テーマ |  |
|
| 講 師 名 |  |
| 受講内容 | **※下記のいずれかを選択してください。**  　A: 医療安全講習  　B: 感染対策講習  　C: 医療倫理講習  　D: その他（機構の提示内容に該当する項目名を記載） |
|

（受講者の学会専門医番号　　　　　　　　　）