年 月 日

認定教育施設研修終了証明書

**認定施設名(診療科名)**

**認定施設長名(診療科長名)**

※特別認定施設での研修の場合は特別認定施設名・施設長名を記載

下記のものは、上記施設において日本動脈硬化学会専門医制度に基づく専門医研修を下記の期間実施、終了したことを証明する。

研修医師名

生年月日(西暦)

現住所 〒

電話番号

研修期間(西暦)　　 年 　　月 　　日 ～　　 年　　 月　　 日

研修指導医名 （ 自 署 ） ㊞

※研修指導医が交代した場合、それぞれの研修期間と指導医名をお書きください。