

日本医師会生涯教育制度における単位取得証明書  
(体験学習)

都道府県医師会名： \_\_\_\_\_ 医師会

郡市区医師会名： \_\_\_\_\_ 医師会

申告者氏名

\_\_\_\_\_

取得単位数 30分で0.5単位

\_\_\_\_\_ 単位（1回あたり上限5単位まで）

内容（共同診療、病理解剖見学、手術見学等）

カリキュラムコード

\* カリキュラムコード数は取得単位数の2倍までを自己申告  
(1回あたり10カリキュラムコードまで)

\_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_

申告者が上記の体験学習を行ったことを証明します。

証明者（施設長、所属長等）

印

年 月 日