

## 日本医師会生涯教育制度における単位取得証明書

(医学生の臨床実習、医師臨床研修・専門研修制度における指導)

都道府県医師会名： \_\_\_\_\_

郡市区医師会名： \_\_\_\_\_

申告者氏名

\_\_\_\_\_

取得単位数      実習・研修者数 × 日数

\* 実習・研修者1人を1日指導することにより1単位

\_\_\_\_\_ 単位

\* 日本医師会生涯教育制度における年間の単位取得の上限は5単位まで

カリキュラムコード： 1

申告者が上記の臨床実習、臨床研修・専門研修における指導を行ったことを証明します。

証明者（実習・研修病院、郡市区医師会等）

年    月    日

（様式見本B）