

別紙 3

研究内容に関する証明書

医療機関名

医師氏名

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自	年	月	日	}	月間 (1 週 日 時間)
至	年	月	日		

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自	年	月	日	}	月間 (1 週 日 時間)
至	年	月	日		

3 その他研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

大学名

氏 名

(署名又は記名押印をしてください)