**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**《 臨床研修修了証明書 》**

　　年　　月　　日

申請者　　　　　　　　　　　　　　　は、

西暦　　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで

当施設において日本緩和医療学会の緩和医療専門医の「研修カリキュラム」に従い

臨床研修を行ったことを証明します。

□基幹施設　□連携施設　□認定研修施設

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　＿

　施設長　　　　　　　　　　　　　　　　公印

□指導医　□専門医　□暫定指導医　□研修指導者資格を有する認定医

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＜注意＞基幹施設/連携施設/認定研修施設での臨床研修歴が2年未満で、複数の臨床研修歴をもって専門医申請をされる場合は、関係する全ての施設の臨床研修修了証明書が必要となります。