年　　　月　　　日

一般社団法人日本鼻科学会

鼻科手術指導医制度委員会御中

研修証明書

私は　一般社団法人 日本鼻科学会 正会員の

「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」氏が

当施設において下記のとおり研修したことを証明いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 日本鼻科学会  認可施設名 |  |
| 上記 認可施設の  認定年 | 西暦　　　　年 |
| 研修期間（※1） | 西暦　　　　年　　月　　日～西暦　　　　年　　月　　日 |

　※1：1名以上の指導医または暫定指導医が勤務している日本鼻科学会認可研修施設（以下、認可施設と略す）において通算3年以上、鼻科領域の臨床経験を有すること（一般社団法人 日本鼻科学会認定手術指導医制度に関する施行 第2条第2項）

指導者署名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（暫定指導医あるいは指導医）