様式５

|  |
| --- |
| 研究内容に関する証明書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  １　研究テ－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  　　　　至　　　　　　　　年　　月　　日　　　月間（１週　　日　　時間）  　(2)　教授指導下での教室外における臨床実習  　　　　自　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　至　　　　　　　　年　　月　　日　　　月間（１週　　日　　時間）  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する。  　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　大学名  　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |