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　　　　　　　　　　　　　　　 |