**指導医在籍証明書**

　　　　　　　殿が 　　　　　　　に在籍していることを証明いたします。

西暦　　年　　月　　日

医療機関代表者

（医療機関代表者と指導医が同一の場合は、指導医在籍証明書の代わりに指導医証明書のコピーを添付してください）