診　療　証　明　書

西暦　　　　年　　　　月　　　　日

申請者署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（印）

申請者　　　　　　　　　　　　は、当施設において消化管疾患を診療し、常勤\*として従事していることを証明致します。

\*本制度による常勤とは、週4日以上勤務していることを指す

病院名称：

病院長氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公印）　（氏名ゴム印可）