**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**《 認定研修施設外における臨床研修修了証明書 》**

　　年　　月　　日

申請者　　　　　　　　　　　　　　　は、

西暦　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで

日本緩和医療学会の緩和医療専門医の「研修カリキュラム」に従い

指導医による定期的な直接対面指導のもとで臨床研修を行ったことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者の所属施設名

申請者の所属施設長　　　　　　　　　　　　　　　　公印

指導医の所属施設名

□専門医　□暫定指導医　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＜注意＞　複数の臨床研修歴をもって専門医申請をされる場合は、関係する全ての施設の臨床研修修了証明書が必要となります。