研究態様に関する証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

１　研究テーマ

２　研究の内容別期間等

　　・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）

　　・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　その他研究態様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します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名