

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)