第九号様式（第五条第一項第五号）

臨床研修開始等届

年　　月　　日

　　　千葉県知事　　　　　様

借受人氏名　　　　　　　　　印

次のとおり臨床研修を開始（修了・再開）したので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出事由 | １　臨床研修の開始  ２　臨床研修の修了  ３　臨床研修の再開  　　（該当するものを○で囲んでください。） |
| 開始（修了・再開）年月日 | 年　　月　　日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  病院（診療所）所在地  病院（診療所）名  病院（診療所）長氏名　　　　　　　　　印 | |