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 |