別記様式第3号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表 | 　 | 裏 |
| 　神戸大学医学部附属病院研修登録医登録証　下記のとおり，神戸大学医学部附属病院研修登録医として登録したことを証する｡記登録番号登録年月日氏名生年月日研修診療科指導教員研修期間　　年　　月　　日神戸大学医学部附属病院長印 | 1　この登録証は，神戸大学医学部附属病院において研修を行う場合は必ず携帯し，請求があった場合は呈示しなければならない｡2　この登録証は，他人に貸与し，又は譲渡することはできない｡3　この登録証を紛失したときは，直ちに発行人に届け出なければならない｡4　この登録証は，この登録証に記載の研修期間が満了したとき，又は研修登録医の辞退等により資格を失ったときは，直ちに発行人に返付しなければならない｡ |