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｡ |