

確認書

島根県子どものこころ専門医研修施設群

研修統括責任者 犀邊 顕生 様

当方は、島根県子どものこころ専門医研修施設群の専攻医採用試験を受けるにあたり、子どものこころ専門医研修の概要、研修カリキュラム、島根県子どものこころ専門医研修プログラム専攻医受験案内等をもとに、所属施設に子どものこころ専門医研修についての説明を行い、所属施設の理解を得たことを報告する。

令和 年 月 日

所属施設名：

氏 名： 印

所属（科）長： 印