（別紙３）

**研究内容に関する証明書**

医療機関名

氏　　　名

１　研究テーマ

２　研究の内容別期間等

　（１）教室における臨床実習

　　　　自　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月間（１週　　　日　　　時間）

　　　　至　　　　　年　　　月　　　日

　（２）教授指導下での教室外における臨床実習

自　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月間（１週　　　日　　　時間）

　　　　至　　　　　年　　　月　　　日

３　その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

　　主論文

　　副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　　月　　　日

大学名

氏　名