第〇〇〇号

専攻医番号　　◇◇◇◇◇◇◇

氏　　　名　　○○　○○

研修プログラム修了認定証

貴殿は、下記のとおり専攻医として社会医学系専門医研修プログラムを修了したこと、そして社会医学系専門医認定試験の受験資格を有することを認める。

主分野：○○○○

研修期間：○○○○年〇月から○○○○年〇月

YYYY年YY月YY日

社会医学系専門医制度

XXXXXXXXXXプログラム

プログラム統括責任者

〇〇　〇〇

発行番号：　各々の専門医研修プログラムで、１番から連番を振る。

主分野：「行政･地域」、「産業･環境」、「医療」の３つの内、いずれか一つを記載する。ただし、括弧「」は不要。

研修期間：西暦で月まで記載する。

例：2017年4月から2020年3月

発行日：研修の修了日、あるいはそれより後の日付とする。

例：2020年3月31日

プログラム名：社会医学系専門医協会により認定されているプログラムの名称を、正確に記載する。

例：ご縁の国しまねプログラム

※修了の判定を行い次第、速やかに、修了認定者のリスト（専攻医番号、氏名、修了認定証番号、修了した研修プログラム名）を、社会医学系専門医協会事務局に提出すること。