別記第１４号様式（第１３条関係）

業務従事等証明書

住　所

氏　名

　上記の者は、　　　　年　　月　　日から当院（所）に、医師として勤務（研修）していることを証明します。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　〒　　　　　　　電話

　　　　　　病院（診療所）所在地

　　　　　　病院（診療所）名

　　　　　　病院（診療所）の開設者名又は管理者名

　　　　　　　　　　印

　　熊本県知事　　　　　　　　　様