

(様式第1号)

第 号

修 了 証 書

氏 名 様

生年月日 年 月 日

あなたは、厚生労働省の定める〇〇(※)研修を修了したことを証します。

年 月 日

千 葉 市 長 〇〇 〇〇 印

一般社団法人千葉市医師会長 〇〇 〇〇 印

(※) かかりつけ医うつ病対応力向上研修、思春期精神疾患対応力向上研修又は精神保健福祉等関係者うつ病対応力向上研修、うつ病医療連携技術研修