

体験完了証明書

富山県知事 新田 八朗 殿

病院名：_____

証明者：部署等_____

氏 名_____

連絡先_____

下記のとおり、公的病院薬学生短期インターンシップの体験を完了したことを証明いたします。

記

1 体験者氏名

2 体験日時

令和 年 月 日 時 ～ 時