様式第３号（第４条関係）

表

|  |
| --- |
| 熊本大学病院エイズ診療従事者登録証  　下記のとおり、熊本大学病院エイズ診療従事者として登録したことを証明する。  記  　　　登録番号　　　第　　号  登録年月日 令和　　年　　月　　日  氏名  生年月日  研修診療科等  指導教員等  研修期間　　　令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで  　　　令和　　年　　月　　日　熊本大学病院長 |

裏

|  |
| --- |
| １　この登録証は、熊本大学病院において研修を行う場合は必ず携帯し、係員から請求があった場合は提示しなければならない。  ２　この登録証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。  ３　この登録証を紛失したときは、直ちに発行人に届け出なければならない。  ４　この登録証は、この登録証に記載の研修期間が満了したとき、又はエイズ診療従事者の辞退等により資格を失ったときは、直ちに発行人に返納しなければならない。 |