

_____醫院

訓練證明

_____醫師

_____ (身分證字號)

於民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止，

於本院_____已完成肺癌專科醫師專業訓練合格，
(科部)

特此證明。

台灣肺癌學會肺癌專科臨床訓練指導醫師：_____ (簽名)

指導證號：_____ L _____

請用印

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日