

令和〇年〇月〇日

研究を行った大学又は医療機関等での証明を受けること

大学名

〇〇大学医学部〇〇学教室

教授名

〇〇 〇〇

### 研究態様に関する証明書

次の者の研究態様について下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名

生年月日 昭和××年××月××日

現住所 八王子市元本郷町〇-〇-〇

### 記

#### 1 研究テーマ

変形性膝関節症の組織学的研究

#### 2 研究の内容別期間等

##### (1) 教室における臨床実習

自 昭和60年 1月 1日

至 昭和60年 6月 30日 6月間(1週 6日 44時間)

##### (2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 昭和60年 7月 1日

至 昭和61年 6月 30日 12月間(1週 6日 44時間)

#### 3 その他研究態様を明らかにするために必要な事項

主論文

変形性膝関節症の組織学的研究

副論文

脊髄硬膜外肉芽腫の1治療例

(記載要領) 研究テーマ及び論文は、日本語訳を記載すること。