第十号様式（第五条第一項第六号）

臨床研修中断等届

年　　月　　日

　　　千葉県知事　　　　　様

借受人氏名　　　印

次のとおり臨床研修を中断する（休止する・医師の免許を取得した年の４月中に臨床研修を開始しないこととする・退職する・１月を超える期間特定病院等で医師の業務に従事しないこととする）ので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出事由 | １　臨床研修の中断２　臨床研修の休止３　医師の免許を取得した年の４月中に臨床研修を開始しないこととする４　退職５　１月を超える期間医師の業務に従事しない　　（該当するものを○で囲んでください。） |
| 中断する（休止する・退職する・１月を超える期間医師の業務に従事しないこととする）年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 中断する（休止する・医師の免許を取得した年の４月中に臨床研修を開始しないこととする・退職する・１月を超える期間医師の業務に従事しないこととする）理由 |  |
| ※病院（診療所）長の証明 | 　上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　　年　　月　　日　　　病院（診療所）所在地　　　　　　　　　　　病院（診療名）名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院（診療所）長氏名　　　　　　　　印　 |

　　注　退職する場合にあつては、病院（診療所）長の証明は必要がないものとする。