第十九号様式（第十三条第二項）

医師業務従事期間証明書

借受人氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医師の業務に  従事した期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | |
| 勤務先医療機関 |  | | |
| 雇用形態 |  | | |
| 勤務時間  （１週間当たり） |  | | |
| 勤務した診療科 |  | | |
| １月を超える期間  医師の業務に  従事しなかった  期間の有無 | 有　　無 | 期間 | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで |
| 理由 |  |

　　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　千葉県知事　　　　　様

病院（診療所）所在地

病院（診療所）名

病院（診療所）長氏名　　　　　　　　印