特 定 病 院 等 勤 務 開 始 届

年　　月　　日

千葉県知事　　様

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり特定病院等で勤務を開始したいので届け出ます。

勤務予定年月日	年　月　日 ～　年　月　日
勤務予定先 （注１）	
雇用形態 （あてはまる方に○）	常勤・非常勤　（注２）
勤務時間	＿＿＿＿時間／週
診療科	
専門研修等の予定の有無 及び プログラム名	有・無 プログラム名：　（注３）
業務内容	

注１　実際の勤務先を記入してください。（専門研修プログラムに参加し、Ａ病院で研修を行い、Ｂ病院に雇用される場合はＡ病院を記載）

注２　非常勤の方は、原則として、医療機関で定めた医師の勤務時間の全てを勤務する必要があるため、常勤の勤務時間がわかる就労規則等の提出を求める場合があります。

注３　専門研修プログラムに参加する方は、今後の就業プラン（ローテートの見込）があれば、併せて提出してください。

注４　専門研修期間中に２か所以上に勤務する場合（Ａ病院に週４日、Ｂ病院に週１日等）は、勤務ごとに本書を作成してください。