

# 休職期間における申請書

一般社団法人日本内科学会 資格認定試験委員会 殿

医 師 氏 名 : \_\_\_\_\_

生 年 月 日 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生

休 職 期 間 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

休 職 理 由 : 妊 娠 ・ 出 産 ・ 育 児 ・ 傷 病 ・ 介 護

(※ 該当する理由に○印をつけること)

上記のとおり相違ありません。

証 明 日 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

施 設 名 : \_\_\_\_\_

発行責任者名 : \_\_\_\_\_ ㊞

(※ 発行責任者とは、基幹施設・連携施設におけるプログラム統括責任者（正・副）または研修委員会委員長を指す）