

# 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：\_\_\_\_\_ (印)

(※ 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)