

一般社団法人 日本専門医機構 宛

- 1 この証明書は専門医資格更新のための資料となります。虚偽の証明は無効です。
- 2 記載内容について、電話等により照会を行う場合があります。あらかじめご了承ください。
- 3 院長・署名人は自筆の署名または記名捺印ください。その他はパソコンでご記入しても問題ありません。
- 4 勤務時間が週31時間未満の場合は「非常勤」の様式（様式3-2）で提出してください。
- 5 HP上に表記のある診察時間と実際の契約時間に齟齬がある場合には、更新申請の必須書類として雇用書類を併せてご提出してください。
- 6 診療時間に加えて開設者・院長としての業務を含んだ勤務時間を表記ください。例：【月-金 9:00～18:00(うち2時間/日は事務作業等)】
業務を含めて勤務時間が週31時間未満の場合は、非常勤の勤務証明書をご提出ください。

勤務証明書(常勤)

所 在 地

医療機関名

電 話 番 号

代 表 者 名

※開設者の自筆の署名または記名捺印（公印）ください。
※大学の場合は皮膚科教授でも可です。
※院長と開設者が違う場合は、開設者の署名が必要です。

下記に相違ないことを証明します。

西暦 年 月 日 証明

施設名	
勤務先部署名 /診療科	
勤務者氏名	
雇用形態	常勤
勤務期間 (西暦)	年 月 日 ～ 年 月 日
勤務曜日 (○印を付けてください。)	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日
勤 務 時 間 ※契約上の正規労働時間	① 月 曜日 時 分 ～ 時 分
	② 火 曜日 時 分 ～ 時 分
	③ 水 曜日 時 分 ～ 時 分
	④ 木 曜日 時 分 ～ 時 分
	⑤ 金 曜日 時 分 ～ 時 分
	⑥ 土 曜日 時 分 ～ 時 分
	⑦ 日 曜日 時 分 ～ 時 分
備考	※必ず契約上の休憩時間等を以下にご記載ください。