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時間以上の場合は「常勤」の様式（様式3-1）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。

**勤務証明書(非常勤)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 非常勤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務期間  (西暦) |  | | | 年 | |  | 月 | |  | 日 | | ～ |  | | 年 | | |  | 月 | |  | 日 |
| 勤務曜日 （〇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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先 |  |
| 署名人 |  |
| ※署名人は自筆でご署名ください。 | |

プログラム統括責任者（主研修施設責任指導医）または　代議員署名欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記内容にて非常勤勤務していたことを証明します。 | | | | | | | |
| 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 証明 |