第十号様式（第五条第一項第六号）

臨床研修中断等届

年　　月　　日

　　　千葉県知事　　　　　様

借受人氏名　　　印

次のとおり臨床研修を中断する（休止する・医師の免許を取得した年の４月中に臨床研修を開始しないこととする・退職する・１月を超える期間特定病院等で医師の業務に従事しないこととする）ので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出事由 | | １　臨床研修の中断  ２　臨床研修の休止  ３　医師の免許を取得した年の４月中に臨床研修を開始しないこととする  ４　退職  ５　１月を超える期間医師の業務に従事しない  　　（該当するものを○で囲んでください。） |
| 中断する（休止する・退職する・１月を超える期間医師の業務に従事しないこととする）年月日 | | 年　　月　　日 |
| 中断する（休止する・医師の免許を取得した年の４月中に臨床研修を開始しないこととする・退職する・１月を超える期間医師の業務に従事しないこととする）理由 | |  |
| ※病院（診療所）長の証明 | 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　病院（診療所）所在地  　病院（診療名）名  　　　　　　　　　　　　病院（診療所）長氏名　　　　　　　　印 | |

　　注　退職する場合にあつては、病院（診療所）長の証明は必要がないものとする。