

第十九号様式（第十三条第二項）

医師業務従事期間証明書

借受人氏名

医師の業務に 従事した期間	年 月 日から 年 月 日まで		
勤務先医療機関			
雇用形態			
勤務時間 (1週間当たり)			
勤務した診療科			
1月を超える期間 医師の業務に 従事しなかった 期間の有無	有 無	期間	年 月 日から 年 月 日まで
		理由	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

千葉県知事 様

病院（診療所）所在地

病院（診療所）名

病院（診療所）長氏名

㊞