

申請書

一般財団法人 日本消化器病学会
専門医制度審議委員会 御中

会員No. _____ 氏名： _____

生年月日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

【休職期間】

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

(上記休職期間累計 _____ ヶ月)

※研修期間として認める期間は、上限を最長6ヶ月までとする。

【休職理由】 (※ 該当する理由に○印をつけること)

妊娠 ・ 出産 ・ 育児 ・ 疾病 ・ 介護

その他 (_____)

上記のとおり相違ありません。

証明日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名： _____

指導医署名： _____ (印)

※上記は指導医による署名、捺印が必要となります