業務従事中断期間報告書

年　　月　　日

　　　群馬県知事　　　　　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 決定番号 | 第　　　　号 |

申請者（本人）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　印

連帯保証人

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　印

連帯保証人

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　印

　　次のとおり特別の事情により業務に従事することができなかった期間を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務従事 中断期間 | 年　　　月から　　　　年　　　月まで |
| 理由  （特別の事情）  ※　該当する番号に○を付けること。 | １　疾病  ２　災害  ３　育児休業  ４　大学院に在学  　　（ただし、　　　　年　　月～　　　　年　　月は、特定病院で診療に従事）  ５　外国の大学等での研修等  ６　後期研修プログラムによる特定病院以外での医療機関勤務  ７　専門知識修得のための特定病院以外での医療機関勤務  ８　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　添付書類

　　１　疾病（心身の故障）の場合は、医師の診断書

　　２　災害の場合は、関係機関が発行する証明書

　　３　育児休業の場合は、関係機関が発行する証明書

　　４　大学院に在学した場合は、大学院が発行する在学を証明する書類

　　　　※　特定病院で診療に従事した場合は、大学院が発行する診療への従事を証明する書類を併せて添付すること。

　　５　外国の大学等での研修等の場合は、在職（在籍）を証明する書類

　　６　後期研修プログラムによる特定病院以外での医療機関勤務の場合は、大学又は医療機関が発行する後期研修プログラムの課程であることを証明する書類

　　７　専門知識修得のための特定病院以外での医療機関勤務の場合は、次の書類

　　　(１)　県の医療水準の向上に資すると考える理由を記載した書類

　　　(２)　直前に在職していた機関の長による推薦書

　　８　その他必要な書類