別記第８号様式（第１２条関係）

業務（研修）従事期間証明書

年　　月　　日

　　熊本県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　 開設者又は管理者　　　　　　　　　　印

　次の者は、当医療機関において業務に従事していたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 医籍登録番号及び登録年月日 | 　　　( 　　　　　　　　　　　号)　　　　　　　年　　月　　日登録 |
| 業務（研修）従事期間及び月数 | 　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで(　　か月) |
| 業務（研修）従事期間中に休職又は停職があったときはその期間、月数及びその理由 | 　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで(　　か月)<理由> |

　（注）様式中不要の文字は、抹消してください。