

# (記載例)

(要綱) 第5号様式

「業務に従事」は、初期臨床研修以外の勤務、「研修」は、初期臨床研修を指します。勤務期間が初期臨床研修とそれ以外の期間にまたがる場合は、大変お手数ですが、「業務に従事」期間と「研修」期間をそれぞれ別用紙で作成してください。

## 業務従事証明書

勤務(研修)期間の終期以後の日付としてください。

年 月 日

所在地

施設名

開設者又は管理者

下記の者は、当施設において(業務に従事・研修)していたことを証明します。

### 記

住 所			
氏 名			
生年月日(年齢)	年 月 日	(満)	
医籍登録番号及び登録年月日	( 号)	年 月	日登録
勤務(研修)期間及び月数	年 月 日～	年 月 日	( か月)
勤務(研修)期間中に休職期間があったときはその期間、月数及びその理由	(理由)	年 月 日～	年 月
勤 務 時 間	時間/週		
社会保険加入の有無	有(保険者の名称:		
業務に従事した診療科			

「休職期間」とは、育児休業期間や、疾病・災害その他やむを得ない事由により勤務(研修)に従事できなかった期間を指します。休職期間に該当するか判断に迷われる場合は、大変お手数ですが、下記連絡先までお問い合わせください。

見込み段階での記入はご遠慮ください。

勤務(研修)期間中に勤務時間の変更がある場合は、以下のとおり分けて記載してください。  
【例】  
・令和(平成)〇年〇月〇日  
～令和(平成)〇年〇月〇日  
:〇〇時間・週  
・令和(平成)〇年〇月〇日  
～令和(平成)〇年〇月〇日  
:〇〇時間・週

#### ★記入いただく医療機関のご担当者様へ

本書は、貴医療機関において勤務(研修)に従事した医師にかかる『岐阜県医学生修学資金』(県内医療機関で一定期間勤務した場合に返還を免除する医学生向け奨学金制度)の返還免除手続きに使用する書類です。

大変お手数をおかけしますが、本書の作成について御協力をお願いいたします。

ご記入にあたって、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

◆岐阜県庁健康福祉部医療福祉連携推進課医療人材確保係(電話:058-272-8879)

(事務担当者)

担当部署名

担当者名

電話番号

記入いただく医療機関のご担当者様情報を記載してください。