**機構専門医　麻酔関連業務非従事期間　報告書**

日本専門医機構　御中

申請の経歴において、以下の理由に伴い非従事期間（週単位）をご報告申し上げます。

【申請者情報】

認定番号：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

勤務医療機関名：

|  |  |
| --- | --- |
| **非従事期間** | ＊更新期間内の非従事期間歴をすべて記載ください。1回目：西暦　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日　（　　　週相当）2回目：西暦　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日　（　　　週相当）3回目： |
| 今回報告するトータルの非従事期間の週数　　　（　　　　　　週） |
| **取得の理由**（証明書の有無） | ＊取得の理由を記載ください。（原則として証明できる資料の提出が必要となります。）(記載例)1回目　出産、育児のため　（証明書あり、添付資料１）2回目　介護のため　　　　（証明書あり、添付資料２）3回目　＊＊＊ |
| **これまでの休止期間取得歴** | 有　　無 | 休止期間の取得　　　年間取得年（　　　　）（　　　　）（　　　　　）（　　　　　） |
| **内容証明者**※本人以外 | 所属機関名（職責） |  |
| 氏名（自署）証明日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印西暦　　　年　　月　　日 |