**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 |