様式第２号（第５条関係）

　　年　　月　　日

喜多方市長　様

（勤務先の医療機関）

　所在地

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　印

電話番号

常勤医師就労証明書

喜多方市常勤医師応援事業補助金の交付申請のため、下記の者について、常勤医師として雇用し、勤務していることを証明します。

記

１　雇用された常勤医師の氏名、勤務開始年月日、１週間当たりの勤務日数及び勤務時間

（1）常勤医師名

（2）勤務開始年月日　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（3）１週間当たりの勤務時間数　　　　時間／週

２　担当する診療科目　　　　　　科

３　勤務年数　　５年以上勤務見込み（規定等があれば別途添付）