

研修期間中の給与・社会保険の取り扱い確認書（専攻医）

近畿大学病院（近畿大学奈良病院）における当施設での研修期間中の給与および社会保険の取り扱いについては、下記のとおりとします。

所 属	
資格・氏名	
近畿大学病院における 研修期間	年 月 日 ～ 年 月 日
上記研修期間中の 給与支給の有無	有 ・ 無 ※いずれかに○印を記入
社会保険資格喪失	喪失する ・ 喪失しない ※喪失する場合、下欄の喪失年月日を記入
社会保険資格喪失年月日	年 月 日

年 月 日

施 設 名 _____

担当部署 _____

担当者名 _____

連 絡 先 _____

