

妊娠時連絡票

名前：

勤務先：

予定日： _____年_____月_____日

次年度ローテーターより外れることを希望する： はい、いいえ

育休希望： あり、なし

ありの場合その期間： _____年_____月まで

職務減免希望事項：

当直：通常通り可能、月_____回まで、その他（ _____ ）

放射線業務：免除、通常通りを希望

その他：

提出日： _____年 _____月 _____日

提出先： 〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9

横浜市立大学整形外科 医局長宛

診断書と一緒に提出してください。