年　　月　　日

面　接　指　導　医　師　の　証　明　書

鹿児島市長　殿

所　 在　 地

商号又は名称

代表者氏名

業務名　令和６年度職員ストレスチェック等業務

以下の医師を面接指導医師として従事させることができ、この者は免許の取消し　又は医業停止命令を受けていません。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 開業先又は勤務先 |  |
| 産業医の資格 | 　　　　有　　　　　・　　　　　無 |
| 診　 療　 科 | 精神科医師　　　・　　 心療内科医師 |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 開業先又は勤務先 |  |
| 産業医の資格 | 　　　　有　　　　　・　　　　　無 |
| 診 　療 　科 | 精神科医師　　　・　　 心療内科医師 |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 開業先又は勤務先 |  |
| 産業医の資格 | 　　　　有　　　　　・　　　　　無 |
| 診 　療　 科 | 精神科医師　　　・　　 心療内科医師 |

※１　医師免許証の写しを添付してください。

※２　上記の産業医の資格が有の場合は、産業医の資格を有することを証明できる書面の

写しを添付してください。

※３　上記の診療科については、いずれかに「○」を記載してください。