特定高度技能研修機関　対象医療機関調査票【Ｃ－２水準】

医療機関名

１．長時間労働の必要性について

特定の技能研修を行う医師をやむを得ず長時間従事させることが必要な理由を技能研修分野ごとに具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

担当者所属・氏名

電話　（　　　)　　　－

メールアドレス