**（別添３）**

令和●年●月●日

群馬県知事　様

●●病院　管理者　●●　●●　　印

医師等勤務時間短縮計画について

このことについて、別添のとおり作成しましたので、確認をお願いします。

事務担当：●●課　●●●●

Ｔ Ｅ Ｌ：●●●－●●●－●●●●

ＭＡＩＬ：●●●●@●●●●