

別記様式第 14 号 (第 10 条関係)

※業務に従事しようとする日の約 6 ヶ月前までに提出

記入例

指定医療機関勤務申出書

令和〇年〇〇月〇〇日

東濃西部広域行政事務組合

管理者 多治見市長 高木 貴行 様

申請者 住 所 〇県〇市〇町〇番地
氏 名 〇山 〇太郎 印

東濃地域医師確保奨学資金等貸付条例施行規則第 10 条第 1 項の規定により、下記により指定医療機関での勤務を希望しますので、申し出ます。

勤務希望期間	令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日まで
勤務希望診療科	〇〇病院 内科
配属先についての希望等	指定医療機関の担当者と常に連絡を取り、お互いの意向を確認の上、ご提出ください。

添付書類

- 履歴書
- 医師免許証の写し

各 1 部ずつ、必ず 2 点とも提出してください。

※連絡先をご記入ください。

昼間に連絡の取れる電話番号	電子メールアドレス
090-1234-5678	〇〇〇@or.jp