

別記様式第 15 号（第 10 条関係）

※指定医療機関での業務の終了予定日 6 ヶ月前までに提出すること

記入例

指定医療機関勤務終了申出書

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 3 項の規定により、下記により指定医療機関での勤務を終了したいので、申し出ます。

現在勤務している指定医療機関等所在地及び名称	所在地：岐阜県〇市〇町●番地 名 称：〇〇病院
当該指定医療機関での勤務開始年月日	令和〇年〇月〇日
当該指定医療機関での勤務終了年月日	令和□年□月□日
当該指定医療機関での勤務を終了する理由	償還免除のための勤務期間を満了するため

※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