

別記様式第 17 号（第 11 条関係）

※医師確保奨学資金等償還免除申請書（第 16 号様式）に添付する事

業 務 従 事 証 明 書

記入例

令和〇年〇〇月〇〇日

所在地 岐阜県〇市〇町〇番地  
医療機関等の名称 〇〇病院  
開設者又は管理者 病院長 〇〇 〇〇 印

下記の者は、当医療機関等において業務に従事していたことを証明します。

記

住 所	〇県〇市〇町〇番地
氏 名	〇山 〇太郎
生 年 月 日	平成●●年●月●日
医籍登録番号及び登録年月日	（第 1 2 3 4 5 6 号）平成〇年〇月〇日登録
勤 務 期 間 及 び 月 数	令和〇年〇月〇日～令和□年□月□日（●●ヶ月）
勤務期間中に休職期間があったときはその期間、月数及びその理由	令和●年●月●日～令和■年■月■日（●●ヶ月） （理由） 育児休業のため