

別記様式第 15 号 (第 10 条関係)

※指定医療機関での業務を終了しようとする場合、終了予定日の 6 ヶ月前までに提出のこと

記載例

指定医療機関勤務終了申出書

平成〇年〇月〇日

東濃西部広域行政事務組合  
管理者 古川 雅典 様

業務を終了しようとする日の 6  
箇月前までに提出のこと。

申請者 住 所 〇市〇町〇番地

ドクターハウス 102 号室

氏 名 〇山 〇太郎



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の所在地及び名称	所在地：〇市〇町〇番地 名称：〇市立〇病院
当該指定医療機関での勤務開始年月日	平成〇年 4 月 1 日
当該指定医療機関での勤務終了年月日	平成〇年 3 月 3 1 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@or.jp