

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）に添付のこと

記載例

業務従事証明書

平成〇年〇月〇日

所在地 〇市〇町〇番地

医療機関等の名称 〇市立〇病院

開設者又は管理者 病院長 ☆崎 〇男 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	〇市〇町〇番地 ドクターハウス 102 号室
氏 名	〇山 〇太郎
生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日
医籍登録番号及び登録年月日	(第 123456 号) 平成〇年〇月〇日登録
勤 務 期 間 及 び 月 数	平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日 (72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	年 月 日～ 年 月 日 (ヶ月) (理由)