

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123456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～令和〇年〇月〇日 (●●ヶ月)
勤務期間中に休職期間があつたときはその期間、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