　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和〇年〇月〇日

　愛　知　県　知　事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　第　　〇－〇－〇　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　〇〇市□□町１－１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　愛知　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成〇年〇月〇日生

　愛知県地域医療確保修学資金貸与条例施行規則第１７条第２項第４号の規定により下記のとおりお届けします。

記

１　届出理由

　　大学の医学を履修する課程を卒業した日から起算して２年以内に医師免許を取得しなかったため

２　大学医学部卒業年月日　　　　　　　　　　令和□年□月□日

３　今後の対応

　　〇〇〇〇〇〇。