|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修受講承認申請書  年　　月　　日  　愛知県知事　殿  決定番号　第　　―　―　　号  住　　所    氏　　名  　愛知県地域医療確保修学資金貸与条例（以下「条例」という。）第８条第２項第１号（条例第13条において準用する場合を含む。）の規定による承認を受けたいので、申請します。 | | |
| 条例第８条第２項第１号に規定する研修を受けようとする医療機関等の名称及び所在地 | 名　　　称 | 所　　在　　地 |
|  |  |
| 条例第８条第４項の適用の希望の有無（有の場合は、その診療科） | 条例第８条第４項の適用 | 診　　療　　科 |
|  |  |
| 研修開始予定年月日 | 年　　月　　日 | |
| 研修修了予定年月日 | 年　　月　　日 | |
| 研修を受けようとする理由 |  | |