|  |  |
| --- | --- |
| 休業承認申請書  年　　月　　日  　愛知県知事　殿  決定番号  住　　所  氏　　名  年　　月　　日生  　指定医療機関における休業について、愛知県地域医療確保修学資金貸与条例施行規則第７条の３の規定により申請します。  記 | |
| 休業する理由 | １　病　　　気　（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２　負　　　傷　（負傷の内容：　　　　　　　　　　　　　） |
| ３　そ　の　他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 休業する期間 | 年　　　　　　月　　　　　　日から  年　　　　　　月　　　　　　日まで |
| 勤務予定年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 備考 |  |

様式第６の３（第７条の３関係）

備考　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

　　　　２　「休業する理由」の欄は、該当する理由の頭の数字を○印で囲むこと。