|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研修修了勤務開始延期承認申請書  該当しない方を実線で消す  令和〇年〇月〇日  　愛知県知事　殿  決定番号　　〇－〇－〇  住　　所  **自筆で署名**  〇〇市△△町１－２  　　　　　　　　　　氏　　名　愛知　太郎  該当しない方を実線で消す  平成〇年〇月〇日生  　臨床研修の修了指定医療機関における勤務の開始の延期について、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２の規定により申請します。  記 | |
| 延期する理由 | １　病　　　気　（病名：　　〇〇病　　　　　　　　　　　） |
| ２　負　　　傷　（負傷の内容：　　　　　　　　　　　　　） |
| ３　そ　の　他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 延期する期間 | 令和〇年〇月〇日から  令和△年△月△日まで |
| 臨床研修修了予定年月日又は勤務予定年月日 | 令和△年△月□日 |
| 備考 |  |

様式第６の２（第７条の２関係）

記入例

備考　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

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