|  |  |
| --- | --- |
| 指定医療機関診療業務従事終了申出書  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  〇〇市〇〇町１－２    自署  氏　　名　愛知　太郎  　愛知県地域医療確保修学資金貸与条例施行規則第８条第２項の規定により、下記のとおり指定医療機関での診療業務の従事を終了したいので、申し出ます。  記 | |
| 現在勤務している指定医療機関の所在地及び名称 | 〇〇市□□町２−２２  〇〇病院 |
| 当該診療業務の従事開始年月日 | 令和□年□月□日 |
| 当該診療業務の従事終了予定年月日 | 令和△年△月△日 |
| 当該診療業務の従事を終了する理由 | （例）当初の予定期間が満了したため。 |

記入例

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。