別記第１６号様式（第１４条関係）

指定病院等医師業務等中止申出書

年　　月　　日

　熊本県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　申出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　指定病院等での業務（臨床研修）を中止したいので、熊本県医師修学資金貸与条例施行規則第１４条第２項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 現在業務等に従事している指定病院等の所在地及び名称 |  |
| 当該指定病院等での勤務（又は臨床研修）開始年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 当該指定病院等での勤務（又は臨床研修）中止年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 当該指定病院等での勤務（又は臨床研修）を中止する理由 |  |

（注） 様式中不要の文字は、抹消してください。

添付書類

　　　傷病、災害その他やむを得ない事由（医学を履修する課程を有する大学院への進学を除く。）を証する書類