

様式第12号（第14条関係）

指定医療機関勤務終了（中断）申出書

年 月 日

宮崎県知事

殿

貸与決定番号 第 号
申請者 住所
氏名

指定医療機関での業務を終了（中断）したいので、宮崎県医師修学資金貸与条例施行規則第14条第3項の規定により、次のとおり申し出ます。

現在勤務している指定医療機関の所在地及び名称	
当該指定医療機関での勤務開始年月日	年 月 日
当該指定医療機関での勤務終了（中断）予定年月日	年 月 日
当該指定医療機関での勤務を終了（中断）する理由	