様式第１７号(第１９条関係)

指定勤務先変更届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸与番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　福岡県専門医研修資金貸与条例第２条第４号の指定勤務を行っている病院（診療所）を変更したので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１９条第３項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

記

１　返還猶予が開始された日　　　　　　年　　　月　　　日

２　変更が生じた日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

３　指定勤務を行っている病院（診療所）の変更

新病院（診療所）名称　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

住所　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

旧病院（診療所）名称　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

住所　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

業務従事期間　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで

関係書類：事実を証する書類