様式第２７号(第２２条関係)

指定勤務中断届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

 　　　　貸与番号

 　　　　 氏名

 　　　　住所

　下記のとおり、指定勤務を中断しますので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第２２条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先病院（診療所）名 |  |
| 業務に従事することができない理由 |  |
| 業務に従事することができない期間 | 年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで |

（注）業務に従事することができない期間に変更が生じる場合には、必ず改めて申し出ること。

　　　この場合において、「業務に従事することができない期間」には、変更後の業務に従事することが

できない全期間を記載すること。

 関係書類　「業務に従事することができない理由」に記載した内容を証する書類