

(要綱) 第4号様式の2

医師勤務予定書

年 月 日

岐阜県知事 様

所在地

施設名

開設者又は管理者

下記の者は、当施設において勤務する予定です。

記

住 所	〒 ー
氏 名	
生年月日 (年齢)	年 月 日 (満 歳)
勤務する診療科	
勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日
勤務時間	時間/週
社会保険加入の有無	有 (保険者の名称:) ・ 無
備 考	

(事務担当者)

担当部署名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

※本書は、岐阜県医学生修学資金受給医師が、岐阜県医学生修学資金貸付規則第14条の2の規定により県へ県外勤務承認申請書を提出するにあたり、修学資金返還免除条件を満たす業務従事の継続性が保持されていることを確認するため、その添付書類として提出していただくものです。