様式第9号(第15条関係)

勤務状況等報告書

年　　月　　日

　　福井県知事　　　　　　　　　　様

(貸与決定番号　　　　　　)

住所

被貸与者　　氏名

　福井県医師確保修学資金等貸与条例施行規則第15条の規定により、次のとおり報告します。

　1　大学卒業および医師免許取得状況

|  |  |
| --- | --- |
| 大学卒業 | 　　　　　年　　月　　日卒業 |
| 医師免許 | 医籍登録年月日 | 登録番号 |
| 　　　　　年　　月　　日 | 　 |

　2　現在の勤務状況等

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 1　臨床研修　　　2　指定医療機関　　　3　その他 |
| 勤務医療機関等 | 所在地 | 　 |
| 名称 | 　 |
| 勤務等の開始年月日 | 　　　　　年　　月　　日から |
| 証明 | 　上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　年　　月　　日勤務医療機関等　　所在地　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　管理者の氏名　　　　　　　　　　印　　 |

　(裏面)

　3　前年度1年間の勤務状況等

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 1　臨床研修　　　2　指定医療機関　　　3　その他 |
| 勤務医療機関等 | 所在地 | 　 |
| 名称 | 　 |
| 在職期間 | 　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |
| 上記期間のうち休職等の期間 | (事由)(期間)　　　　　年　　月　　日から　　　　　　　　年　　月　　日まで |
| 証明 | 　上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　年　　月　　日勤務医療機関等　　所在地　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　管理者の氏名　　　　　　　　　　印　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 1　臨床研修　　　2　指定医療機関　　　3　その他 |
| 勤務医療機関等 | 所在地 | 　 |
| 名称 | 　 |
| 在職期間 | 　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |
| 上記期間のうち休職等の期間 | (事由)(期間)　　　　　年　　月　　日から　　　　　　　　年　　月　　日まで |
| 証明 | 　上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　年　　月　　日勤務医療機関等　　所在地　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　管理者の氏名　　　　　　　　　　印　　 |

　注　欄が不足するときは適宜付け足すこと。