第３号様式の２（第１３条の３関係）

医学に関する修学のための中断期間等承認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

三重県知事　宛て

申請者（本人）住所　〒

氏名

　　　決定番号　　　　　　－

電話番号（携帯）

メールアドレス

　　三重県医師修学資金貸与規則第13条の３第１項の規定により、下記のとおり申請します。

　　なお、申請の内容について、必要な範囲内で、関係機関に対し修学又は勤務の状況等の照会その他必要な調査を行うことについて同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医師業務従事を中断する事由（□にレを入れてください。） | □　１．大学院（学校教育法に規定する大学院をいう）に在学しようとする場合□　２．県外の医療機関における業務に従事しようとする場合□　３．上記以外の場合 |
| 主たる修学先の名称及び所在地 |  |
| 修　学　期　間 | 　　　　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　　　　年　　月　　日まで |
| 修　学　内　容 |  |
| 医師業務従事を中断するやむを得ない理由※上段で「３．上記以外の場合」を選択した場合は、その理由も含めて記載してください。 |  |