　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　愛　知　県　知　事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　　第　　　－　　－　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　生

　愛知県地域医療確保修学資金貸与条例施行規則第１７条第２項第３号の規定により下記のとおりお届けします。

記

１　届出理由

　　大学の医学を履修する課程を卒業した日から起算して１年以内に医師免許を取得しなかったため

２　大学医学部卒業年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

３　今後の対応