様式第10号(第9条関係)

|  |
| --- |
| 指定医療機関勤務終了申出書年　　月　　日　　　　宮城県知事　　　　　　　　　　殿申出者　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　薬学生修学資金貸付条例施行規則第9条第5項の規定により、下記のとおり指定医療機関での勤務を終了したいので、申し出ます。記 |
| 　 | 現在勤務している指定医療機関の名称 | 　 | 　 |
| 勤務終了予定年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日 |
| 終了の理由 | 　 |
| 　 |