**第29号様式**（第21条関係）

令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

借受者　住所

氏名

電話番号

医師業務退職等届

下記のとおり県内指定医療機関（特定科目県内医療機関）（特別指定県内医療機関）（県内指定支援医療機関）において医師の業務に従事しなくなりましたので、高知県医師養成奨学貸付金等貸与条例施行規則第21条第３項の規定により届け出ます。

記

１　医師の業務に従事していた県内指定医療機関、特定科目県内医療機関、特別指定県内医療機関又は県内指定支援医療機関の名称及び所在地

　　名　称：

　　所在地：

２　医師の業務に従事しなくなった年月日

年　　月　　日

３　医師の業務に従事しなくなった理由（退職等の事実を記入してください。）

　注　この届けには、医師の業務に従事した医療機関の長の証明書(在職期間)を添えてください。