要綱第５号様式

**業務従事（研修）証明書**

　　三重県知事　宛て

申請者住所　〒

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１８条第３項の規定により、下記のとおり提出します。

　なお、本証明書について、関係医療機関から三重県知事へ提出すること及び必要な範囲内で関係医療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

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | **年　　　月　　　日** |
| 医籍登録番号 | **第　　　　　　　　　号** |
| 勤務（研修）期間及び月数 | **年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（　　カ月）** |
| 勤務（研修）期間中に休職期間があったときはその期間、月数及びその理由 | **年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（　　カ月）** |
| **（理由）** |
| 備考 |  |

上記の者は、当施設において次のとおり（　業務に従事　・　研修　）していたことを証明します。

　年　　月　　日

所在地：

医療機関名　：

代表者　：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務担当者 | 担当部署名 |  | 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  | eメール |  |

※　本証明書の提出は、医療機関からeメール又は郵送等で県に提出いただきますようお願いします。

　　●提出先：〒514-8570　三重県津市広明町１３番地　三重県医療保健部医療人材課

　　　　　　　TEL：059-224-2326　　E-mail:shugaku01@pref.mie.lg.jp

※　貸与者から県に本証明書が提出された場合は、医療機関に内容を確認させていただく場合があります。

※　本証明書は、修学資金返還免除申請時の証明書類（勤務又は研修の状況等を証明する書類）として必要です。

　　提出等が無い場合、返還免除が認められないことがありますので、十分ご留意ください。

※　毎年、３月31日現在の状況を４月30日までに提出してください。

　　（年度途中に勤務（研修）先を変更した場合は、変更前の状況を30日以内に提出してください。）