別記様式第９号（第１２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 県内の公的医療機関等  指定中山間地域等公的医療機関等 | 医師業務従事証明書 |

年　　月　　日

　　　広島県知事　様

　　　　　　　　　医師業務従事医療機関

所在地

名称

代表者の氏名

　　次のとおり相違ありません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 奨学生の氏名 |  | |
| 貸付決定番号 | 第　　　　　　　　号 | |
| 医師業務従事医療機関 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 診療科等の別 |  | |
| 医師業務従事期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | |

　注　用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。