

研 修 中 止 願

年 月 日

自治医科大学学長 殿

【申込者】

研修生番号（※）

ふ り が な
氏 名（自署）

【所属長】

所属施設名

職名

氏名

（自署または記名押印）

私は、下記のとおり研修を中止したいので、許可くださるようお願いいたします。

記

1 研修中止の事由

2 研修中止の期日

年 月 日