別記様式第16号（第17条関係）

**研　修　休　止　願**

　　　年　　月　　日

自治医科大学学長 殿

【申込者】

研修生番号（※）

（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休止したいので、許可くださるようお願いいたします。

記

　１　休止該当科目

２　研修休止の事由

　３　研修休止の開始期日

　　　　　　　　　年　　　月　　日

＊研修休止期間は、通算して2年を超えることはできない。