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（※）

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。