

様式第 6 号（第 1 5 条関係）

臨床研修受講開始（修了）届

年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

住 所

氏 名

貸与番号

年 月 日に臨床研修の受講を開始（修了）したので、埼玉県医師育成奨  
学金貸与条例施行規則第 1 5 条の規定により届け出ます。

上記の者は、当院において臨床研修の受講を開始（修了）したことを証明します。

年 月 日

所在地

病院名

病院長