

(様式第 17 号) (第 19 条関係)

就 業 届

年 月 日

長野県知事 様

決定番号

住 所

(電話番号 )

氏 名

長野県医学生修学資金貸与規程（昭和 50 年長野県告示第 108 号）に基づく就業等の状況を下記のとおりに報告します。

記

就業機関名（電話）

年 月 日採用

所在地

従事状況（常勤、非常勤、研修、休職、停職、療養などの事由）

業務に従事していない場合は、その理由、期間、行先（連絡先）等