

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

決定番号 (—)

住 所

氏 名

勤務状況について (届出)

年 月 日から 年 月 日までの勤務状況は、次のとおりですので、
秋田県理学療法士等修学資金貸与条例施行規則第17条第3項の規定により届け出ます。

1 勤務先

名 称

所在地

2 勤務期間 年 月 日から 年 月 日まで

3 勤務日数等 勤務日数 日

欠勤日数 日

休職又は停職があった場合は、当該処分に係る始期及び終期並びに事由を記載してください。

上記のとおり相違ないことを証します。

年 月 日

勤務先の長

印