別記様式第6号（第14条関係）

研 修 中 止 願

　　年　　月　　日

一般財団法人新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院長　殿

|  |
| --- |
| 入講年度　　　　　　　　　　年度 |
| 氏名（自署） |

私は、下記理由により研修を中止したいので、許可願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修中止希望期間 | 年　　　月　　　日（　）～　　　　年　　　月　　　日（　） |

【研修中止理由】

|  |
| --- |
|  |

【今後の予定】

|  |
| --- |
|  |