

求 人 ・ （ 求 職 ） 登 録 抹 消 届

申出年月日：令和 年 月 日

（宮城県医師会医師無料職業紹介所）
公益社団法人 宮 城 県 医 師 会
会 長 佐 藤 和 宏 殿

（登録番号 ー ）
施設名（代表者）又は氏名

印

この度、下記の理由により、登録を抹消していただきますようお願いいたします。

記

【 抹 消 理 由 】 該当する項目に✓をお付けください。

1. ☐ 就職先が決まったため

- ☐ 他の無料職業紹介サービスより就職先の紹介を受けた
☐ 有料職業紹介サービスより就職先の紹介を受けた
☐ その他（ ）

2. ☐ その他（差し支えなければ、下に理由をご記入願います。）

以上

※ 抹消年月日 令和 年 月 日
(記入しないでください)

(求 人) ・ 求 職 登 録 抹 消 届

申出年月日：令和 年 月 日

(宮城県医師会医師無料職業紹介所)
公益社団法人 宮 城 県 医 師 会
会 長 佐 藤 和 宏 殿

(登録番号 ー)
施設名 (代表者) 又は氏名

印

この度、下記の理由により、登録を抹消していただきますようお願いいたします。

記

【 抹 消 理 由 】 該当する項目に✓をお付けください。

1. ☐ 医師充足のため

- ☐ 他の無料職業紹介サービスより医師の紹介を受けた
☐ 有料職業紹介サービスより医師の紹介を受けた
☐ その他 ()

2. ☐ その他 (差し支えなければ、下に理由をご記入願います。)

以上

※ 抹消年月日 令和 年 月 日
(記入しないでください)