(様式４)

年　　月　　日

島根県健康福祉部医療政策課　様

（島根県医療従事者無料職業紹介所）

開　 設　 者

代表者氏名

年　月　日付で提出した求人登録票（医師・歯科医師用）について、変更が生じたので、下記のとおり申し込みをします。

記

　申込みの内容　（注：該当する番号に〇をつけてください）

1. 求人を取り下げます（注：該当する番号に〇をしてください）
   1. 求人をすべて取り下げます
   2. 次の診療科の求人を取り下げます

・〇〇科、〇〇科

1. 求人内容を変更します（注：該当する番号に〇をしてください）
   1. 診療科をすべて同じ内容に変更します
   2. 次の診療科の内容を変更します

・〇〇科、〇〇科

　　　（注：変更の内容を、別記に記入してください。）