

様式第 10 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金奨学生退学（転学部、転学科）届

鳥取県知事 様

大学を退学（転学部、転学科）しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

㊞

電話番号

決 定 番 号	第 号
大 学 名	
退学（転学部、転学科） 時の学年	第 学年
退学（転学部、転学科） 年月日	年 月 日

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。