

様式第 12 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免許取得届

鳥取県知事 様

医師の免許を取得しましたので、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
免 許	登 録 年 月 日	年 月 日
	登 録 番 号	

添付書類 医師の免許証の写し又は医師の免許登録済証明書の写し

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。