

様式第 14 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臨床研修修了届

鳥取県知事 様

臨床研修を修了しましたので、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
修 了 年 月 日	年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

研 修 施 設 名 鳥取大学医学部附属病院

研修施設代表者氏名

㊞

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。