

様式第 15 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専門研修開始（変更等）届

鳥取県知事 様

専門研修について、次のとおり届け出ます。

年 月 日

獎 学 生 郵便番号

住所

氏 名



電話番号

決 定 番 号		第 号
申 請 区 分		☐ 専門研修の開始 ☐ プログラムの変更 ☐ 研修施設の変更
開 始（変更）年月日		年 月 日
プ ロ グ ラ ム 名		
研 修 施 設	名 称	
	所在地	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

研修プログラム基幹施設名 鳥取大学医学部附属病院

研修プログラム責任者氏名



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。