

様式第 16 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修了届

鳥取県知事 様

専門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

印

電話番号

決 定 番 号		第 号				
プ ロ グ ラ ム 名						
修 了 年 月 日		年 月 日				
研 修 設 施	名 称	所 在 地	期 間			
			始期：	年	月	日
			終期：	年	月	日
			始期：	年	月	日
			終期：	年	月	日
			始期：	年	月	日
			終期：	年	月	日
			始期：	年	月	日
			終期：	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。