

様式第 18 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特定業務退職届

鳥取県知事 様

特定業務を退職（退学）しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

獎 学 生 郵便番号

住所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号		第 号
退職（退学）年月日		年 月 日
就業（就学）年月日		年 月 日 ～ 年 月 日
就業（就学） し て い た 機 関 等	名 称	
	所在地	

上記のとおり勤務していたことを証明します。

年 月 日

就業（就学）していた機関等の名称

代表者

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。