

様式第 19 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病院等就業届

鳥取県知事 様

医師として就業しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

獎 学 生 郵便番号

住所

氏 名

電話番号

決 定 番 号		第 号
免 許	登 録 年 月 日	年 月 日
	登 録 番 号	
就 業 年 月 日		年 月 日
勤務している 病院等	名 称	
	所在地	

上記のとおり就業していることを証明します。

年 月 日

勤務している病院等の名称

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。