

様式第 20 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退職届

鳥取県知事           様

勤務していた病院等を退職しましたので、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                 |
| 退   職   年   月   日   |       | 年    月    日                           |
| 就   業   年   月   日   |       | 年    月    日   ～           年    月    日 |
| 勤務していた<br>病   院   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

勤務していた病院等の名称

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。