

様式第 25 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介護休業届

年 月 日

鳥取県知事 様

奨 学 生 郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

介護休業を取得したので、鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付規則第 13 条第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。

決 定 番 号	第 号
介 護 休 業 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
就 業（就 学） し て い る 機 関 等 の 名 称	

上記のとおり証明します。

年 月 日

就業（就学）している機関等の名称

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。