

様式第 26 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死亡届

鳥取県知事 様

奨学生が死亡しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

連帯保証人 郵便番号

住 所

氏 名

㊞

電話番号

氏 名	
決 定 番 号	第 号
勤務していた 病院等の名称	
死 亡 年 月 日	年 月 日

添付書類 奨学生の死亡を証する書類

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。