

様式第 8 号（第 13 条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金停学（除籍）届

鳥取県知事 様

大学を停学（除籍）となりましたので、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
大 学 名	
学 年	第 学年
停学又は除籍の区分 (いずれかに○を付け、必要事項を記入してください。)	除籍（除籍年月日： 年 月 日） 停学（ 年 月 日から 年 月 日まで）
理 由	

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。