

様式第9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復学届

鳥取県知事 様

大学に復学しましたので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

獎 学 生 郵便番号

住所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号	第 号
大 学 名	
学 年	第 学年
復 学 年 月 日	年 月 日
休 学 開 始 日	年 月 日

添付書類 大学の長が発行する復学証明書

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。