

(別紙)

鳥取県医師養成確保奨学金に係る返還免除期間認定願

鳥取県福祉保健部長 様

鳥取県医師養成確保奨学金貸付規則（昭和17年鳥取県規則第119号）第11条第2項イの規定に基づき、知事が特に指定する病院の知事が指定する診療科以外の業務に従事した場合の従事期間の認定審査を希望しますので、以下のとおり申請します。

平成 年 月 日

奨 学 生 貸付決定番号

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

印

| | |
|-------------------------|---|
| 1 認定審査を希望する期間 | 年 月 日～ 年 月 日 |
| 2 1の期間に従事する（していた）診療科・分野 | |
| 3 認定を希望する理由 | (例)・当該診療分野が県内で不足している分野であり、大学病院での勤務が通常より長く必要である。 ・当該診療科（分野）について、県内医療機関の常勤医師採用枠が極端に少ない。等 |

添付書類（3 認定を希望する理由）に付随する資料等があれば添付してください。