|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医師免許取得届  年　　月　　日  　鹿角市長　　　　　様  決定番号  被貸与者  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　次のとおり医師免許を取得したので、鹿角市医師修学資金貸与規程第１６条第２項の規定により、届け出ます。 | | | |
|  | 医籍登録番号 | 第　　　　　号 |  |
|  | 登録年月日 | 年　　月　　日 |  |
|  | | | |

（様式第１３号）

備考　医師免許証の写しを添付してください。