

様式第29号（第17条第2項第3号関係）

国内医師免許取得届

年 月 日

茨城県知事 殿

修学研修生 住所
氏名

下記のとおり国内医師免許を取得したので、茨城県海外対象医師修学研修資金貸与条例施行規則第17条第2項の規定により届け出ます。

記

修学研修生番号	
医籍登録番号	第 号
登録年月日	年 月 日

備考 医師免許証の写しを添付すること。