令和　　年　　月　　日

**理　由　書**

鳥取県知事　平井　伸治　様

医療機関名

役 職 名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

当院が令和　　年度鳥取県がん専門医資格取得支援負担金を利用して（資格名：　　　　　　　　　）を育成する理由については、下記のとおりです。

**＜理由＞**

※がん専門医を育成する理由及び育成後の体制等について自由に記載して下さい