様式第７号（第10条関係）

国東市民病院薬剤師修学資金辞退届

　　年 　　　月　　　日

国東市病院事業管理者　様

　 　 修学生　 住所

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

電話番号

　　　　　　　　　　　　大学名

課程名　　　　　　　　　第　　 学年

　下記のとおり、修学資金の貸付けを辞退します。

　なお、現在まで貸与を受けた修学資金の期間及び総額は次のとおりです。

記

　１　決定番号　　　 　 第　　　 　号

　２　貸与期間　　　　　　　　　年　 　　月分から

　　　　　　　　　　　　　　 　 年　 　　月分まで

　３　貸与総額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　４　辞退理由