

修学資金辞退届

令和 年 月 日

(宛先) 静岡市立静岡病院理事長

届出者 〒
住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____

保護者 〒
住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____
〔届出者が未成年である
場合に限る〕

次のとおり修学資金の貸与を辞退するので、届け出ます。

1 辞退年月日 令和 年 月 日

2 理由

3 最終修学資金受領年月 令和 年 月分

修学資金辞退届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 静岡市立静岡病院理事長

届出者

〒420-8602

住所 静岡市葵区追手町〇〇-〇〇

氏名 静岡 〇〇 (静岡)

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

未成年の方は、保護者の方の
記名押印が必要です。

保護者

届出者が未成年であ
る場合に限る

〒420-0866

住所 静岡市葵区西草深町〇-〇〇

氏名 静岡 △△ (静岡)

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり修学資金の貸与を辞退するので、届け出ます。

1 辞退年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

2 理由

(例1) 他病院就職希望のため。

(例2) 学費免除により修学資金の貸与が不要になったため。

3 最終修学資金受領年月 令和〇〇年〇〇月分

修学資金貸与の停止手続きがありますので、速やかに提出してください。