

奨学金届出書

(薬学生)

令和 年 月 日

地方独立行政法人大牟田市立病院
理事長 様

奨学生番号 _____

届出者(本人) _____ 印

私は、地方独立行政法人大牟田市立病院薬学生奨学金の貸付を受けていますが、下記の事実が生じたので届け出ます。

記

届出事項	<input type="checkbox"/> 大学(養成施設)を(退学・休学・復学)した。 <input type="checkbox"/> 大学(養成施設)より停学の処分を受けた。 <input type="checkbox"/> 大学(養成施設)において正規に進級できなかった。 <input type="checkbox"/> 奨学金の貸付を受けることを辞退する。 <input type="checkbox"/> 大学(養成施設)において修学に堪えない程度の心身の故障を生じた。 <input type="checkbox"/> その他()
届出事項の 発生年月日	令和 年 月 日

(注) 届出内容の欄に記載の事実を証する書類を添付すること。