様式第10号（第18条関係）

届出書

　　　　年　　月　　日

茨城県知事　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　（電話　　　　　　　　　　　）

（認定番号　第　　　　　　号）

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金交付要綱第18条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事　　項 | １ 留年、休学又は復学２ 停学処分又は退学３ 奨学金の貸与を受けなくなった４ 薬剤師国家試験の合否が判明した５ 就職した又は就職しなくなった６ 就職後、休職、復職、退職又は転職した７ 奨学金の返還免除又は猶予　　（免除・猶予期間：　　年　月　日から　　年　月　日）　　　※免除・猶予いずれかに〇をしてください。　　（返還免除額：　　　　　　　円）８ 対象者の認定又は補助金の交付を辞退９ 住所、氏名その他重要な事項の変更※当てはまるものに○をしてください。 |
| 内容又は理由 |  |
| 備　　考 |  |

※　奨学金返還免除等の場合、免除等が確認できる事項（免除等に係る通知または免除額等が分かる証明書の写し等）を添付してください。