様式第23号（第17条第１項第２号関係）

退学届

年　　月　　日

　茨城県知事　　　　　殿

修学生　住所

氏名

　下記のとおり退学したので、茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与条例施行規則第17条第１項の規定により届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 修学生番号 | 　 |
| 退学年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 　上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　　年　　月　　日大学の長　　　　　　　　　　印　 |