様式第24号（第17条第１項第３号関係）

辞退届

年　　月　　日

　茨城県知事　　　　　殿

修学生　住所

氏名

　下記のとおり、茨城県地域医療薬剤師修学資金の貸与を受けることを辞退したいので、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 |  |
| 辞退年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 辞退する理由 | |