

休学（停学・復学・退学・卒業）

届

自立支援資金辞退

年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉事業団理事長 様

貸付番号

住 所 〒

氏 名

印

（電話 ())

下記のとおり休学（停学・復学・退学・卒業）（自立支援資金を辞退）しました。（します。）

記

期日又は期間	
理 由	
本 届 記 入 者	本人 連帯保証人 ()

上記について証明します。

年 月 日

大学等名称

大学等の長の職及び氏名

印