退　学　届

　　年　　月　　日

愛　知　県　知　事　殿

決定番号　　第　　―　　―　　号

住　　所

氏　　名

年　　月　　日　生

愛知県地域医療確保修学資金貸与条例施行規則第１７条第１項第２号の規定に基づき下記のとおりお届けします。

記

１　大学及び学部名

２　事実発生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

３　退学理由