|  |  |
| --- | --- |
| 様　式　④  辞　　退　　届      　　　 年　　　　月　　　　日  　　奈良県知事　　　　　　　　　　　　　殿  貸与決定番号  住　　　　所　〒  氏　　　　名  Ｔ　 Ｅ Ｌ  　下記のとおり奈良県看護師等修学資金の貸与を辞退したいので届けます。 | |
| 看護師学校等の名称 |  |
| 貸 　与 　総 　額 | 円（月額　　　　　　円） |
| 貸 与 期 間 | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 |
| 辞　 退 理 由 |  |
|  | |