様式第25号（第17条第１項第４号関係）

休学（停学・留年）届

年　　月　　日

　茨城県知事　　　　　殿

修学生　住所

氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　下記のとおり | 休学したので、停学の処分を受けたので、留年したので、 | 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 | 　 |
| 休学（停学）期間 | 　　　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 留年期間 | 　　　　　年　　月　　日から１年間 |
| 　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　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 　留年期間中に茨城県地域医療薬剤師修学資金の貸与を希望せず、進級後に茨城県地域医療薬剤師修学資金の貸与を受けようとする場合は、右欄に○を記入し、以下にその理由を記入すること。 | 　 |

|  |
| --- |
| （理由） |