様式第２４号(第１８条関係)

福岡県地域医療医師奨学金貸与休止届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸与番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則第１８条第１項の規定により、関係

書類を添えて下記のとおり届け出ます。

記

　休止の理由　(注)いずれかの理由に〇を付けてください。

　　(　)１　休学

　　　　　　予定期間　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで

　　(　)２　停学処分

　　　　　　予定期間　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで

　　(　)３　留年

　　　　　　第　　学年を再履修

　　　　　　　　　　届出者氏名

　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　福岡県地域医療医師奨学金の貸与を受けている者との関係

　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　関係書類：事実を証する書類