

(様式 A 6)

修 学 生 死 亡 届

年 月 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

修学生連帯保証人

住 所

連絡先 (電話)

— —

フリガナ

氏 名

印

下記のとおり死亡しましたので岡山県介護福祉士等修学資金貸付規程第 1 4 条 (第 1 号)に基づき届け出ます。

記

- 1 修学生決定番号
- 2 修学生氏名
- 3 在学 (卒業) 養成施設名
- 4 勤務先
- 5 死亡年月日
- 6 修学資金貸付期間 年 月から
年 月まで

上記のとおり相違ないことを認めます。

年 月 日

養成施設名

養成施設長氏名

印

養成施設長の副申は本人が在学中の場合に限る。