

辞退届

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号			
住所等	〒 _____ 携帯電話 () 自宅電話 ()		
フリガナ	生年月日		
氏名	昭和・平成 年 月 日生		
貸付決定日	年 月 日	貸付決定額	円

下記のとおり長崎県介護福祉士修学資金等の貸付を辞退しますので、お届けします。

辞退年月日	年 月 日
辞退理由	