

様式第4号

奨学生辞退願

令和 年 月 日

国立病院機構水戸医療センター院長 様

このたび、 の事由により奨学生を辞退したいので、ご承認下さるようお願い致します。

なお、すでに貸与を受けていた奨学金（ 円）は、指定された期限までに返還致します。

記

（本人）

現住所

電話番号

氏名（自署） ⑩

昭和・平成 年 月 日生

（連帯保証人）

現住所

電話番号

氏名（自署） ⑩

昭和 年 月 日生

本人との関係