

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構
理事長 殿

住 所
氏 名

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構薬剤師修学資金届出書

下記の事項について届出いたします。

届 出 項 目		届 出 事 項
<input type="checkbox"/>	氏名の変更	新氏名 変更の時期 変更事由
<input type="checkbox"/>	住所の変更	新住所 変更の時期 変更事由
<input type="checkbox"/>	退学又は薬学を履修しなくなった。 (※)	退学の時期 薬学を履修しなくなった時期
<input type="checkbox"/>	修学に堪えない程度の心身の故障	故障の内容 発症の時期
<input type="checkbox"/>	休学又は停学、復学 (※)	休学、停学の時期 復学の時期
<input type="checkbox"/>	進級できなかった。	
<input type="checkbox"/>	保証人の変更 (※1)	氏名 職業 住所
<input type="checkbox"/>	保証人の死亡、破産手続開始 (※1)	死亡の時期 破産手続開始の時期
<input type="checkbox"/>	保証人として適当でない事由の発生 (※1)	適当でない事由 事由の発生時期

該当する届出項目の□に☑を入れて、届出事項の欄に必要事項を記入すること。

※については退学(休学・停学・復学)届出書(様式第 11 号)を添付すること。

※1 については保証人を変更する場合は、保証人変更届出書(様式第 12 号)を添付すること。