様式第３号（第９条関係）

届　　　　　　　　　　書

　　年　　月　　日

　山口県知事　様

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　届出者　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　－

山口県県外看護学生Ｕターン応援事業奨学金返還補助金交付要綱第９条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者認定番号 | 第　　　　　　　　　　　号 |
| 対象者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 事 項 |  |
| 内容又は理由 |  |
| 備考 |  |

添付書類

　当該事実を証する書類（住所、氏名の変更の場合は除く）