退　学　届

　　令和〇年〇月〇日

愛　知　県　知　事　殿

決定番号　　第　〇―〇―〇　　号

住　　所　　〇〇市□□町１－１

氏　　名　　愛知　太郎

平成〇年〇月〇日　生

愛知県地域医療確保修学資金貸与条例施行規則第１７条第１項第２号の規定に基づき下記のとおりお届けします。

記

１　大学及び学部名

　　〇〇大学医学部

２　事実発生年月日　　　　　　令和〇年〇月〇日

３　退学理由

　　〇〇〇〇のため。