

辞 退 届

年 月 日

公益財団法人栃木県ひとり親家庭福祉連合会

会長 様

届出者氏名

㊞

次のとおりひとり親家庭高等訓練促進資金の貸付けを辞退したいので届け出ます。

氏 名			生年月日	昭和 平成		月 日生 (歳)		
	(〒 —)			電話 携帯		() — —		
住 所				電話 携帯		() — —		
貸し付け 内 容	貸付年月日							
	貸付決定番号							
	貸付内容	<input type="checkbox"/> 入学準備金 <input type="checkbox"/> 就職準備金						
	貸付金額	円						
借受時の 養成機関 及び修業 内 容	養成機関名							
	住 所				電話		()	
	修業期間	年 月 日 ~ 年 月 日			養成区分 (時間帯)	昼間・夜間 通信		
	修業に係る 資 格	看護師・准看護師・保育士・介護福祉士・作業療法士・理学療法士・歯科衛生士 美容師・社会福祉士・製菓衛生師・調理師・その他()						
保証人住所	氏 名			生年月日	昭和 平成		年 月 日生 (歳)	
	住 所	(〒 —)			電話 携帯		() — —	
	職 業							
	本人との関係							
辞 退 期 日	年 月 日							
辞 退 理 由								