

様式第3号（第9条関係）

届 書

年 月 日

山口県知事 様

届出者 住 所  
氏 名  
電話番号（ ） ー

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）