

様式第12号(第9条関係)

年 月 日

備前市病院事業管理者 様

届出人 住 所

氏 名

㊟

死亡者との続柄

死 亡 届

(死亡者の氏名)は、 年 月 日(死亡の原因)により死亡しましたので、除
籍抄本を添えてお届けします。

(1) 修学資金貸与決定番号 第 号

(2) 死亡者氏名

(3) 死亡当時の住所

(4) 在籍する学校等又は勤務先の名称