

(様式 A 7)

連 帯 保 証 人 死 亡 届

年 月 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

住 所

連絡先 (電話) — —

フリガナ

氏 名 印

下記のとおり死亡しましたので岡山県介護福祉士等修学資金貸付規程第 1 4 条
(第 1 号)に基づき届け出ます。

記

1 修学生決定番号

2 修学生氏名

3 死亡者氏名

4 死亡年月日