

熊本県医師修学資金返還債務免除申請書

年 月 日

熊本県知事 様

申請者 住所

氏名

熊本県医師修学資金貸与条例第7条第1項（第11条）の規定により修学資金の返還及び利息の支払の全部（一部）の免除を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

貸与を受けた者の住所			
貸与を受けた者の氏名			
貸与を受けた期間	年 月から	年 月まで	
貸与を受けた総額	金		円
返還未済の返還債務の額	金		円
免除を受けようとする額	金		円
臨床研修及び指定病院等 医師業務に従事した指定 病院等の名称及び期間	名称		
	期間	年 月 日から	年 月 日まで
医籍登録番号 及び登録年月日	(年 月 日登録 号)		
休職又は停職の有無及び その期間	1 有 (年 月 日から 年 月 日まで)		
	2 無		
免除を受けようとする事由			

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印は不要です。
2 様式中不要の文字は、抹消してください。
3 該当しない事項の欄には、「該当なし」と記入すること。

添付書類

- 1 熊本県医師修学資金貸与条例第7条第1項第1号の規定により免除を受けようとする場合にあつては、業務従事期間証明書（別記第11号様式）
- 2 熊本県医師修学資金貸与条例第7条第1項第2号又は第11条の規定により免除を受けようとする場合にあつては、同条例第7条第1項第2号又は第11条に規定する事由を証する書類