

修学資金返還免除申請書

年 月 日

千葉県知事

様

借受人氏名

(借受人の相続人氏名)

修学資金の貸付けを受けましたが、次のとおり返還を免除されるよう申請します。

修学資金の種類		1 長期支援コース修学資金 2 ふるさと医師支援コース修学資金 3 小児科コース修学資金 4 産婦人科コース修学資金 (該当するものを○で囲んでください。)			
貸付けを受けた期間		年 月 から 年 月 まで			
貸付総額		円			
免除申請の内容	免除申請額	円			
	免除申請理由				
直近の業務従事等の状況	診療科			業務従事等期間	
				年 月 日から 年 月 日まで	
	1月を超える期間医師の業務に従事しなかった期間	有 無	年 月 日から 年 月 日まで		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 病院(診療所)所在地 病院(診療所)名 病院(診療所)長氏名				

注 千葉県医師修学資金貸付条例第8条第1項第7号及び第3項の規定に該当する場合には、これらの規定に該当することを証する書類を添付すること。