様式第7号(第9条関係)

看護師養成奨学金返還債務免除申請書

年　　月　　日

　　出雲市病院事業管理者　様

住所

申請者　氏名

電話番号

　　奨学金の返還の債務の免除を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 貸与決定番号 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 貸与を受けた期間 | 年　　月から　　　　年　　月まで(　　箇月) |
| 貸与を停止された期間 | 年　　月から　　　　年　　月まで(　　箇月) |
| 返還総額 | 円 |
| 返還未済額 | 円 |
| 免除を受けようとする額 | 円 |
| 養成施設卒業年月日 | 年　　月　　日 |
| 看護師免許取得年月日 | 年　　月　　日 |
| 総合医療センターに勤務した期間  (月数) | 年　　月から　　　　年　　月まで(　　箇月) |
| 免除を受けようとする事由 |  |

　(注)

　１　総合医療センターに勤務した月数については、休暇、欠勤その他の理由により月のうち15日(週休日を含む。)以上勤務しない日のある月等を除いてください。

　２　免除を受けようとする事由が、死亡又は心身の故障によるものである場合は、それを証明する書類を添付してください。