様式第13号

|  |
| --- |
| 修学資金返還債務免除申請書年　　月　　日　　　福井県知事　　様決定番号　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　福井県医学生修学資金貸与条例第9条の規定により医学生修学資金の返還の債務を免除してください。 |
| 貸与総額 | 円 | 既に返還した額 | 円 |
| 返還すべき額 | 円 | 免除を受けようとする額 | 円 |
| 在職した保健所等の名称および在職期間 | 保健所等の名称 | 在職期間 |
| 　 | 　　年　月　日から　　年　月　日まで |
| 　 | 　　年　月　日から　　年　月　日まで |
| 　 | 　　年　月　日から　　年　月　日まで |
| 医師となつた年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 休職または停職の有無および期間 | 有無 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 公務による死亡または公務に起因する心身の故障のための免職についての事実および年月日 | 　 |
| 死亡または身体の障害により修学資金の返還が困難となつた事実 | 　 |
| 臨床研修 | 研修を行なつた病院の名称 | 　 |
| 開始年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 中止または終了年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 備考 | 　 |