様式第6号(第11条関係)

医師確保修学資金等返還猶予申請書

年　　月　　日

　　福井県知事　　　　　　　　　　様

(貸与決定番号　　　　　　　)

住所

被貸与者　　氏名

　福井県医師確保修学資金等貸与条例第9条の規定により修学資金等の返還の猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 返還猶予を受けようとする額 | 円 | 貸与総額 | 円 |
| 利息額 | 円 |
| 返還済額 | 円 |
| 返還免除額 | 円 |
| 返還猶予を受けようとする期間 | 年　　　月から　　　　年　　　月まで |
| 返還猶予の理由 | 1　医師免許取得予定 | 大学卒業(予定)年月 | 年　　月 |
| 2　臨床研修中 | 病院名 | 　 |
| 3　指定医療機関勤務中 | 病院名 | 　 |
| 4　その他 | 理由を具体的に記入 |

注　1　「返還猶予の理由」は、1から4までの該当する番号に○を付けるとともに、必要事項を記入すること。

　　2　「返還猶予の理由」の「4　その他」に該当する場合は、その理由を証する書類を添付すること。