様式第8号(第12条関係)

医師確保修学資金等返還免除申請書

年　　月　　日

　　福井県知事　　　　　　　　　　様

(貸与決定番号　　　　　　)

住所

申請者　　氏名

(被貸与者との続柄　　　　　　)

　福井県医師確保修学資金等貸与条例第10条の規定により修学資金等の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 返還免除を受けようとする額 | 円 | 貸与総額 | 円 |
| 利息額 | 円 |
| 返還済額 | 円 |
| 既返還免除額 | 円 |
| 該当事項 | 1　臨床研修を受けた期間と指定医療機関に勤務した期間とを合計した期間が9年に達したため(条例第10条第1項第1号イ～ニに該当) |
| 2　指定医療機関に勤務した期間が3年に達したため(条例第10条第1項第2号イ～ニに該当) |
| 3　業務上の理由により死亡し、または業務に起因する心身の故障により、臨床研修を受けることができなくなり、または医師として勤務することができなくなったため(条例第10条第1項第3号に該当) |
| 4　その他(条例第10条第2項に該当) |
| 上記3または4に該当する場合の具体的な状況 | 　 |

　注　該当事項を証する書類を添付すること(既に提出済のものを除く。)。

　(裏面)

　大学卒業以後の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 大学卒業 | 　　　　　年　　月　　日卒業 |
| 医師免許 | 医籍登録年月日 | 登録番号 |
| 年　　月　　日　　 | 　 |
| 臨床研修 | 期間 | 病院名 |
| 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 　 |
| 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 　 |
| 指定医療機関での勤務 | 期間 | 医療機関名 |
| 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 | 　 |
| 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 | 　 |
| 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 　 |

　注　欄が不足するときは適宜付け足すこと。