

医師修学資金返還免除申請書

年 月 日

宮崎県知事 殿

貸与決定番号 第 号

申請者 住所

氏名

宮崎県医師修学資金貸与条例第 9 条（第 10 条）の規定による修学資金の返還及び利息の支払の免除を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

貸与を受けた者の住所		
貸与を受けた者の氏名		
貸与を受けた期間		
貸与総額のうち 返還未済額		
返還未済額にかかる 年 10%の利息の総額		
返還未済額のうち 免除を受けようとする額		
臨床研修を終了した病院		
業務に従事した指定医療 機関の名称及び期間	名称	
	期間	
うち特定指定医療機関 の名称及び期間	名称	
	期間	
医籍登録番号 及び登録年月日		
休職の有無及びその期間		
死亡又は退職の別 及びその年月日		

(注) 該当しない事項の欄には、「該当なし」と記入すること。

添付書類

- 1 業務従事証明書（別記様式第 14 号）
- 2 死亡又は退職の理由及びその年月日を証する書類