修学資金返還免除申請書

年　　月　　日

　千葉県知事　　　　　　　　　　　様

借受人氏名

（借受人の相続人氏名　　　　　　　　　　　　　　　）

修学資金の貸付けを受けましたが、次のとおり返還を免除されるよう申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修学資金の種類 | | | | １　長期支援コース修学資金  ２　ふるさと医師支援コース修学資金  ３　小児科コース修学資金  ４　産婦人科コース修学資金  　 　（該当するものを○で囲んでください。） | |
| 貸付けを受けた期間 | | | | 年　　　　月から　　　　　　年　　　　月まで | |
| 貸付総額 | | | | 円 | |
| 免除申請の内容 | 免除申請額 | | | 円 | |
| 免除申請理由 | | |  | |
| 直近の業務従事等の状況 | 診療科 |  | | | 業務従事等期間 |
| 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| １月を超える期間医師の業務に従事しなかった期間 | | 有　無 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  病院（診療所）所在地  病院（診療所）名  病院（診療所）長氏名　　　　　　　　 　　　　　　　印 | | | | |

注　千葉県医師修学資金貸付条例第８条第１項第７号及び第３項の規定に該当する場合には、 これらの規定に該当することを証する書類を添付すること。