

返還債務免除申請書

年 月 日

御殿場市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

修学資金の返還債務の免除を受けたいので、御殿場市医療関係従事者修学資金貸与規則第 10 条の規定により次のとおり申請します。

貸与を受けた期間	年 月 から 年 月 まで	
未 返 還 金 額	円	
職員となった日又は職員として勤務した期間		
職員の種別	対象施設等の名称及び所在地	期 間
		年 月 日から 年 月 日まで
		年 月 日から 年 月 日まで
備 考		

- 1 「職員」とは、御殿場市又は御殿場市内の医療提供施設若しくは社会福祉事業を行う施設の職員をいう。
- 2 「職員の種別」の欄には、保健師・助産師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士のいずれかを記入する。