

※償還の免除を受けようとする場合

記入例

医師確保奨学資金等償還免除申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

東濃西部広域行政事務組合

管理者 多治見市長 高木 貴行 様

申請者 決定番号

住 所 〇県〇市〇町〇番地

氏 名 〇山 〇太郎 印

東濃地域医師確保奨学資金等貸付条例第 9 条又は第 10 条の規定により、下記のとおり医師確保奨学資金等の償還及び利息の支払の全部又は一部の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

貸付けを受けた者の住所	〇県〇市〇町〇番地	
貸付けを受けた者の氏名	〇山 〇太郎	
貸付けを受けた者の生年月日及び年齢	平成〇年〇月〇日 (満〇歳)	
貸付けを受けた奨学資金の償還未済額	金 15,000,000 円	
償還未済額のうち免除を受けようとする額	金 15,000,000 円	
業務に従事した指定医療機関等の名称及び期間	名 称	期 間
	〇〇病院 〇〇科	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで
医籍登録番号及び登録年月日	(第 1 2 3 4 5 6 号) 平成〇年〇月〇日登録	
休職の有無及びその期間	あり 令和●年●月●日から令和■年■月■日まで 休職理由 育児休業のため	
死亡又は退職の理由及びその年月日	該当なし 年 月 日 (死亡・退職)	

備考 該当しない事項の欄には「該当なし」と記入してください。

添付書類

- 業務に従事した指定医療機関等の名称及びその期間を証明する書類 (別記様式第 17 号)
- 死亡又は退職の理由及びその年月日を証明する書類

必ず添付書類を付けて提出してください。

※連絡先をご記入ください。

昼間に連絡の取れる電話番号	電子メールアドレス
090-1234-5678	〇〇〇@or.jp