別記様式第８号（第１２条関係）

広島県医師育成奨学金返還免除申請書

年　　月　　日

　　広島県知事　様

申請者　住所

氏名

連帯保証人　住所

氏名

連帯保証人　住所

氏名

　次により奨学金の返還を免除していただきたく、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貸付決定番号 | 第　　　　号 | 貸付期間 | | | 年　　月から  　　　　年　　月まで | | 月間 |
| 貸付総額 | 円 | 返還すべき額 | | | 円 | | |
| 返還免除申請額 | 円 | | | | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | |
| 卒業後又は修了後の医師業務従事状況等 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで(　　年　　月間) | | | | | | |
| 医師業務従事医療機関等の名称及び診療科 | | | (　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで(　　年　　月間) | | | | | | |
| 医師業務従事医療機関等の名称及び診療科 | | | (　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで(　　年　　月間) | | | | | | |
| 医師業務従事医療機関等の名称及び診療科 | | | (　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで(　　年　　月間) | | | | | | |
| 医師業務従事医療機関等の名称及び診療科 | | | (　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで(　　年　　月間) | | | | | | |
| 医師業務従事医療機関等の名称及び診療科 | | | (　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 県内の公的医療機関等への医師業務従事月数計 | | | | | 月 | |
| 指定中山間地域等公的医療機関等への医師業務従事月数計 | | | | | 月 | |
| 免許取得年月日 | 年　　月　　日 | | 登録番号 | | | 第　　　　　　　号 | |

　注　用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。