

緊急医師確保修学資金返還債務免除申請書

年 月 日

石川県知事 様

決定番号	第	号
------	---	---

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 ㊟

緊急医師確保修学資金の返還の債務の免除を受けたいので、石川県緊急医師確保修学資金貸与条例施行規則第10条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

返 還 の 債 務 の 免 除 の 申 請 額	円
貸 与 を 受 け た 修 学 資 金 の 総 額	円
貸 与 を 受 け た 期 間	年 月 日 から 年 月 日まで
臨床研修及び特定医療機関 における医師としての常時の 業務に従事した期間	年 月 日 から 年 月 日まで
休職又は停職の期間が あるときは、その期間	年 月 日 から 年 月 日まで
返 還 の 債 務 の 免 除 を 申 請 す る 理 由	

備考

- 1 この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 臨床研修及び特定医療機関における医師としての常時の業務に従事した期間を証明する書類（当該臨床研修を行った医療機関及び特定医療機関が作成したものに限る。）
 - (2) 臨床研修若しくは特定医療機関における医師としての常時の業務により死亡し、又はこれらに起因する心身の故障により、免除を受けようとするときは、これらの事由を証明する書類（当該臨床研修を行った医療機関及び特定医療機関が作成したものに限る。）
 - (3) 災害、疾病その他やむを得ない理由により免除を受けようとするときは、これらを証明する書類
 - (4) その他知事が必要と認める書類
- 2 連帯保証人の印鑑は、市町村長（特別区の区長を含む。）の登録を受けたものを使用し、その印鑑登録証明書を添付してください。