

大学生  
大学院生 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 (印)  
保証人  
住所  
氏名 (印)  
保証人  
住所  
氏名 (印)

大学生(大学院生)修学資金の返還の債務の免除を受けたいので、石川県地域医療支援医師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
特定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
県内の医療機関において臨床研修を受けていた期間	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

- この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
  - 指定医療機関における医師として特定業務に従事した期間を証明する書類(当該指定医療機関が作成したものに限り。)
  - 指定医療機関における医師としての特定業務により死亡し、又は特定業務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、これらを証明する書類(当該指定医療機関が作成したものに限り。)
  - 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
  - その他知事が必要と認める書類
- 申請者及び保証人の印鑑は、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。