|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学資金返還債務裁量免除申請書  令和〇年〇月〇日  　愛知県知事　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　決定番号　第〇―〇―〇  　　　　　　　　　 　　　　　　　　　住　　所　〇〇市□□町１－１  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　愛知　太郎  　愛知県地域医療確保修学資金貸与条例（以下「条例」という。）第９条第１項（条例第13条において準用する場合を含む。）の規定により、修学資金の返還の債務を免除してください。 | | | |
| 貸与を受けた修学資金の額 | １１,１００,０００円  額の計算の詳細は別添「（参考）返還額（裁量免除額）」を参照してください。 | | |
| 利息額 | ●●●●●●●円 | | |
| 返還免除額 | △△△△△△△円 | | |
| 大学卒業年月日 | 平成〇年〇月〇日 | | |
| 医師免許取得年月日 | 平成〇年〇月〇日 | | |
| 臨床研修を受けた病院の名称及び期間 | 名　　　称 | 期　　　　間 | |
| □□病院 | 平成〇年△月△日から  平成□年〇月〇日まで | |
| 診療業務に従事した指定医療機関の名称、診療科及び期間 | 名　　　称 | 診療科 | 期　　　　間 |
| 〇〇市民病院 | 〇〇科 | 平成□年△月△日から  平成×年〇月〇日まで |
| ××市民病院 | 〇〇科 | 令和□年△月△日から  令和〇年〇月〇日まで |
|  |  | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
|  |  | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
|  |  | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 条例第８条第２項第１号（条例第13条において準用する場合を含む。）に規定する研修を受けた医療機関等の名称及び期間 | 名　　　称 | 期　　　　間 | |
| 一宮市立市民病院 | 平成×年△月△日から  令和□年〇月〇日まで | |
| 指定研修を受けた医療機関の名称、診療科及び期間 | 名　　　称 | 診療科 | 期　　　　間 |
|  |  |  |
| 指定医療機関において指定研修を受けた期間がある場合は、その医療機関の名称、診療科及び期間 |  |  | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 死亡その他やむを得ない理由により修学資金を返還することが困難となった事実 |  | | |

様式第11（第11条関係）

記入例

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。