

修学資金返還免除申請書

年 月 日

地方独立行政法人長野県立病院機構 理事長 様

決定番号 第 号

氏 名  
(旧姓 )

住 所 〒

電話番号

下記のとおり、修学資金の返還債務を免除してください。

記

貸 与 総 額		貸与を受けた 養成施設	
貸 与 期 間	年 月 ( 年 月から 年 月まで)		
免除を願い出る理由			
免 除 希 望 額			
業務の種別、期間	<u>(免許取得年月日)</u> 看護師 年 月 日 第 号 助産師 年 月 日 第 号 <u>(従事した医療施設名及び期間)</u> 施設名 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日		