

様式第5号の2

修学資金返還免除申請書

鳥取県知事

様

修学資金の返還に係る債務の免除を受けたいので、下記のとおり申請します。

年 月 日

修学生 郵便番号

住 所

氏 名

記

種 別	理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士
決 定 番 号	第 号
借 受 期 間	年 月から 年 月まで
借 受 額	円
返還免除希望額	円
理 由	

証 明 書

住 所

氏 名

上記の者は、下記のとおり本院に勤務したことを証明する。

平成 年 月 日

所在地

病院名

病院長

記

1 在職期間 自 平成 年 月 日
 至 平成 年 月 日

2 職 名

3 勤務形態 常 勤 非常勤