様式第２０号(第１７条関係)

福岡県地域医療医師奨学金返還免除申請書

　年　　　月　　　日

　　福岡県知事　殿

貸与番号

氏名

住所

　福岡県地域医療医師奨学金の返還債務の免除を受けたいので、福岡県地域医療

医師奨学金貸与条例施行規則第１７条第１項の規定により、関係書類を添えて申請

します。

記

1　免除区分　(注)いずれかに〇を付けてください。

(　)(1)当然免除(福岡県地域医療医師奨学金貸与条例第12条)

(　)(2)裁量免除(福岡県地域医療医師奨学金貸与条例第13条)

2　免除申請理由　(注)いずれかの理由に〇を付けてください。

(　)(1)指定期間、指定勤務に従事

　　　従事期間　　　 　年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで

　　　 　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで

(　)(2)医師業務上の理由により死亡

(　)(3)医師業務に起因する心身の故障

(　)(4)その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

3　理由発生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

申請者氏名

　 住所

関係書類：　就業証明書・死亡診断書・診断書・その他事実を証する書類