

様式第 6 号（第15条関係）

医療専門職等確保対策修学資金返還債務免除申請書

年 月 日

天龍村長 殿

決定番号 第 号

住 所

氏 名

電話番号

（署名又は記名押印）

下記のとおり医療専門職等確保対策修学資金の返還債務の免除を受けたいので、天龍村医療専門職等確保対策修学資金貸与規程第15条の規定により申請します。

記

貸 与 総 額	円
貸 与 期 間	年 月 から 年 月
免除を願い出る理由	
免 除 希 望 額	円
天 龍 村 において 従 事 し た 期 間	年 月 から 年 月 まで