様式第７号（第８条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 看護師等確保対策修学資金返還免除申請書  　　　　年　　月　　日  　南信州広域連合長  決定番号　　　　　　　　　第　　　　　号  郵便番号  住　　所  氏　　名  電話番号　　　　－　　　　－  （署名又は記名押印）  　南信州広域連合看護師等確保対策修学資金貸与条例の規定に基づき、修学資金の返還の免除を受けたいので申請します。  記 | | | |
| 貸与総額 |  | 貸与決定を  受けたときの  養成施設 |  |
| 貸与された期間 | 貸与期間　　　　　年　　月から　　　　年　　月（　　　　か月） | | |
| 貸与休止のあった期間　　　　　　　　　（　　　　　　　か月） | | |
| 差引貸与を受けた期間　　　　　　　　　（　　　　　　　か月） | | |
| 免除を願い出る理由 |  | | |
| 弁済期到来済期間 | 年　　月から　　　　年　　月（　　　　か月） | | |
| 返還済額 | 円 | | |
| 免除希望額 | 円 | | |
| 業務の種別、期間 | 《免許取得試験合格年月日、免許取得年月日及び番号》  免許種別①（該当種別を○で囲んでください。）  （　准看護師　・　看護師　・　助産師　・　保健師　）  ・試験合格年月日　　　　　年　　月　　日  ・免許取得年月日　　　　　年　　月　　日　第　　　　　号  免許種別②（該当種別を○で囲んでください。）（取得した場合のみ）  （　准看護師　・　看護師　・　助産師　・　保健師　）  ・試験合格年月日　　　　　年　　月　　日  ・免許取得年月日　　　　　年　　月　　日　第　　　　　号  《従事した指定施設名》  　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日  　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | |