

医 学 生 修 学 資 金 償 還 免 除 申 請 書

年 月 日

宮城県医師育成機構理事長 殿

申請者 決定番号

住 所

氏 名 印

連絡先 電話（携帯） () -

電子メールアドレス _____@

下記の理由により医学生修学資金の償還及び利息の支払の全部又は一部の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

貸付けを受けた者に関する事項	住 所				
	氏 名				
	生年月日		年齢	満 歳	
	貸付けを受けた修学資金の償還未済額	金	円		
	業務に従事した 指定医療機関	名 称	期 間		
	医籍登録番号及び登録年月日	() 号	年	月 日登録	
	休職の有無（有の場合その期間）				
退職又は死亡の理由及び年月日 （上記理由による免除申請の場合のみ記入）	理由	年	月 日（退職・死亡）		

備考 該当しない事項の欄には「該当なし」と記入してください。

添付書類

- 1 業務に従事した指定医療機関等の名称及びその期間を証明する書類（第 1 5 号様式）
- 2 退職の事実，理由及び年月日又は死亡の事実及びその年月日を証明する書類