様式第11号（第14条関係）

国東市民病院薬剤師修学資金返還免除申請書

　　年　 　　月　　　日

国東市病院事業管理者　様

　　　　　　　 　 　 　修学生 　住所

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

電話番号

　　下記のとおり、薬剤師修学資金の返還を免除くださるようお願いします。

記

　１　決定番号　　　　　　年　　月　　日付け　　　第　　　　号

　２　貸与総期間　　　　　　年　　　　月から

　　 　　　　　　　　 　　　年　　　　月まで

　３　貸与総額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　４　免除申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　５　理由