

奨 学 金 返 済 免 除 申 請 書

年 月 日

富山赤十字病院長 様

住 所
氏 名
生年月日 平成 年 月 日生

印

富山赤十字病院奨学金貸与規程（第11条）により奨学金の返済免除を受けたく、下記のとおり申請します。

記

未返済の奨学金額	円
奨学金の貸与期間	年 月 から 年 月まで
富山赤十字病院に 在職した期間	年 月 日 から 年 月 日 (年 カ月間)
免許取得年月日	年 月 日 看護師 保健師 免許 助産師
返済免除を申請する理由	

※業務に起因する死亡、心身の疾病のため業務を継続することができなくなったときは、死亡診断書または診断書を添付すること。