

様式第4号（第10条関係）

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金返還免除申請書

鳥取県知事 様

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金の返還に係る債務の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

年 月 日

獎 学 生 郵便番号

住所

氏 名

印

電話番号

連帯保証人 郵便番号

住所

氏 名

電話番号

保証人 郵便番号

住所

氏 名

印

電話番号

決 定 番 号	第 号
借 受 期 間	年 月から 年 月まで
借 受 総 額	円
返還免除希望額	円
理 由	貸付金の返還に係る債務の免除に関する条例の地域医療強化医師確保奨学金の項の免除の条件の欄第 号に該当するため。

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。