

様式第5号(第11条関係)

鳥取県地域医療強化医師確保奨学金返還猶予申請書

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履行の猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

年 月 日

獎 学 生 郵便番号

住所

氏 名

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

電話番号

決 定 番 号	第 号
借 受 額	円
希望の返還猶予期間	年 月から 年 月まで
理 由	

注 鳥取県地域医療強化医師確保奨学金貸付規則第 11 条第 1 項第 2 号に該当して申請書を提出する場合においては、「希望の返還猶予期間」欄には、妊娠又は出産により猶予を希望するときから 3 歳に達しない子を養育するまでの間の通算した期間を記入できること。

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。