

(様式第8号)

返済免除申請書

令和 年 月 日

静岡赤十字病院長 様

住 所

氏 名 ⑩

生 年 月 日 平成 年 月 日

静岡赤十字病院奨学金貸与規程（第12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

未返済の奨学金の額	円
免除を受けようとする額	円
在 職 し た 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (カ月間)
免 許 取 得 年 月 日	看護師 助産師 免許 保健師
返済免除を申請する理由	返済免除の要件となる上記期間を勤務したため。 また未返済分は、期日までに返還します。

(注) 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、死亡診断書又は診断書を添付すること。