

様式第 8 号 (第 10 条関係)

(表)

年 月 日

鶴岡市病院事業管理者 様

住 所

氏 名

印

鶴岡市立荘内病院医師修学資金返還債務免除申請書

鶴岡市立荘内病院医師修学資金貸与条例の規定により、鶴岡市立荘内病院医師修学資金の返還の債務の全部又は一部の免除を受けたいので申請します。

貸与を受けた者の氏名		決定番号	
免除を受けようとする額	円	貸与総額	円
		返還済額	円
		返還未済額	円
貸与期間	年 月 日から 年 月 日まで(計 年 月)		
医籍登録番号	第 号	登録年月日	年 月 日
休職、停職、育児休業の有無及び期間	有・無 年 月 日から 年 月 日まで		
育児短時間勤務等の有無及び期間	有・無 年 月 日から 年 月 日まで 育児短時間勤務等に係る所定労働時間 育児短時間勤務等をしなかった場合の所定労働時間		時間 時間
大学院の在学の有無及び期間	有・無 年 月 日から 年 月 日まで 大学院名 ()		
市外の医療機関での研修の有無及び期間	有・無 年 月 日から 年 月 日まで 医療機関名 ()		
上記のほか荘内病院に勤務しなかった期間	有・無 年 月 日から 年 月 日まで 勤務しない理由 ()		
その他の理由	<input type="checkbox"/> 在職期間中に職務により死亡、心身の故障により免職 死亡又は免職の時期 (年 月 日)		

(裏)

在 職 証 明	貸与を受けた者の氏名	在 職 期 間
		(在職期間) 年 月 日から 年 月 日まで (うち休職・停職・育児休業の期間) 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで
	上記の期間当医療機関において医師として勤務していたことを証明します。 年 月 日 医療機関名 代表者氏名 ㊟	
	貸与を受けた者の氏名	在 職 期 間
		(在職期間) 年 月 日から 年 月 日まで (うち休職・停職・育児休業の期間) 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで
	上記の期間当医療機関において医師として勤務していたことを証明します。 年 月 日 医療機関名 代表者氏名 ㊟	

備考 医師免許証の写し及び在職証明以外の事由を証明する書類を添付すること。