

第2号様式(第4条関係)

保 証 書

住所

本人 氏名

上記の者が貸与を受ける奈良県緊急医師確保修学資金について、本人と連帯して債務を負担します。

年 月 日

奈良県知事 殿

住所

保証人 氏名

㊞

住所

保証人 氏名

㊞

注 保証人の印鑑登録証明書を添付すること。

第5号様式(第9条関係)

| 返 還 免 除 申 請 書  |               |                                    |              |                    |
|--|---------------|------------------------------------|--------------|--------------------|
| 年 月 日  |               |                                    |              |                    |
| 奈良県知事 殿  |               |                                    |              |                    |
| 貸与決定番号   |               |                                    |              |                    |
| 住 所  |               |                                    |              |                    |
| 氏 名  |               |                                    |              |                    |
| ㊟  |               |                                    |              |                    |
| 奈良県緊急医師確保修学資金貸与条例第8条又は第9条の規定による修学資金の返還債務の免除を下記のとおり申請します。 |               |                                    |              |                    |
| 1 貸与を受けた修学資金の額   |               |                                    |              |                    |
| 2 免除を受けようとする額  |               |                                    |              |                    |
| 3 医科大学の名称及び卒業年月日   | 名 称           |                                    | 卒 業<br>年 月 日 | 年 月 日              |
| 4 医師免許の登録番号及び登録年月日                                       | 登 録<br>番 号    | 第 号                                | 登 録<br>年 月 日 | 年 月 日              |
| 5 医科大学卒業後の状況(就業場所、研修場所等の名称及び期間)                          | 就業場所、研修場所等の名称 |                                    |              | 期 間                |
|  |               |                                    |              | 年 月 日から<br>年 月 日まで |
|  |               |                                    |              | 年 月 日から<br>年 月 日まで |
|  |               |                                    |              | 年 月 日から<br>年 月 日まで |
| 6 疾病、育児休業その他規則で定める特別な事情により業務に従事することができなかった期間             | 事 由           | 期 間                                |              |                    |
|  |               | 年 月 日から 年 月 日まで<br>年 月 日から 年 月 日まで |              |                    |
| 7 免除を受けようとする理由   |               |                                    |              |                    |

注 死亡の場合については、相続人又は保証人が申請してください。

第6号様式(第12条関係)

| 返 還 猶 予 申 請 書  |               |     |                    |                |
|--|---------------|-----|--------------------|----------------|
| 年 月 日  |               |     |                    |                |
| 奈良県知事 殿  |               |     |                    |                |
| 貸与決定番号   |               |     |                    |                |
| 住 所  |               |     |                    |                |
| 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>                       |               |     |                    |                |
| 奈良県緊急医師確保修学資金貸与条例第11条の規定による修学資金の返還債務の履行の猶予を受けたいので、下記のとおり申請します。 |               |     |                    |                |
| 1 貸与総額及び貸与期間   |               |     |                    | 年 月から<br>年 月まで |
|  | 円             |     |                    |                |
| 2 返還済額及び返還期間   |               |     |                    | 年 月から<br>年 月まで |
|  | 円             |     |                    |                |
| 3 返還猶予申請額及び希望する猶予期間  |               |     |                    | 年 月から<br>年 月まで |
|  | 円             |     |                    |                |
| 4 医科大学の名称及び卒業年月日   | 名称            |     | 卒業年月日              | 年 月 日          |
| 5 医師免許の登録番号及び登録年月日   | 登録番号          | 第 号 | 登録年月日              | 年 月 日          |
| 6 医科大学卒業後の状況(就業場所、研修場所等の名称及び期間)                                | 就業場所、研修場所等の名称 |     | 期 間                |                |
|  |               |     | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                |
|  |               |     | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                |
| 7 猶予を受けようとする理由   |               |     |                    |                |

第7号様式(第13条関係)

変 更 事 項 等 届 出 書

年 月 日

奈良県知事 殿

貸与決定番号

住 所

氏 名

印

奈良県緊急医師確保修学資金貸与条例施行規則第13条第1項(第2項)の規定により、下記のとおり届け出ます。

|                        |       |
|------------------------|-------|
| 届 出 事 項                |       |
| 届 出 事 項 の<br>発 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 届 出 内 容                |       |

第8号様式(第13条関係)

保 証 人 変 更 承 認 申 請 書

年 月 日

奈良県知事 殿

貸与決定番号

住 所

氏 名



下記のとおり、保証人を変更したいので、奈良県緊急医師確保修学資金貸与条例施行規則第13条第3項の規定により申請します。

|                 |              |        |
|-----------------|--------------|--------|
| 保 証 人           | 住 所          | TEL    |
|                 | 氏名及び<br>生年月日 | 年 月 日生 |
|                 | 本人との<br>続 柄  |        |
|                 | 職 業          |        |
| 変更しようとする<br>理 由 |              |        |

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 旧保証人  | に代わって保証人となることを承諾します。 |
| 年 月 日 |                      |
|       | 保証人 氏名               |



注 保証人の印鑑登録証明書を添付すること。

第9号様式(第13条関係)

死 亡 届

年 月 日

奈良県知事 殿

相続人又は保証人

住 所

氏 名

㊦

奈良県緊急医師確保修学資金貸与条例施行規則第13条第4項の規定により、下記のとおり届け出ます。

|                        |       |
|------------------------|-------|
| 氏 名                    |       |
| 貸 与 決 定 番 号            |       |
| 住 所                    |       |
| 死 亡 年 月 日              | 年 月 日 |
| 死 亡 の 理 由<br>(死亡診断書添付) |       |

注 保証人ではない相続人が署名する場合は、相続関係を証明する書類を添付すること。