

第7号様式（第10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 印
T E L

下記のとおり奈良県看護師等修学資金の返還債務の免除を申請します。

1 貸与を受けた修学資金の額					
2 現在までに返還した額					
3 免除を受けようとする額					
4 看護師学校等の名称及び卒業年月日	名称			卒業年月日	年 月 日
5 看護師等免許の種類、登録番号及び取得年月日	種別	登録番号	第 号	取得年月日	年 月 日
6 看護師学校等卒業後の状況（就業場所、在学学校等の名称及び期間）	就業場所・在学学校等の名称			期 間	
				年 月 日から 年 月 日まで	
				年 月 日から 年 月 日まで	
				年 月 日から 年 月 日まで	
7 疾病、育児休業その他やむを得ない事由により看護師等の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		
			年 月 日から 年 月 日まで		
8 免除を受けようとする理由					

添付書類：免許証のコピー・在職証明書

（注）死亡の場合については、保証人が連名で申請してください。