

第8号様式

(表)

修学資金返還債務免除申請書

年 月 日

新潟県知事 \_\_\_\_\_ 様

氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり修学資金の返還債務の免除を受けたいので、新潟県看護職員臨時修学資金貸与条例第4条（新潟県看護職員臨時修学資金貸与条例第5条において準用する新潟県看護職員修学資金貸与条例第9条）の規定により申請します。

記

決定番号		養成施設名	
借受人	ふりがな	生年月日	年 月 日
	氏名	電話番号	
	ふりがな		
	住所	〒	
借用金額	金 円		
修学資金受領期間	年 月分から 年 月分まで		
返還未済金額	金 円	免除希望額	金 円
看護職員勤務期間	年 月から 年 月まで		
免除申請理由			
免許登録年月日	年 月 日	免許登録番号	保・助 看・准看 第 号

注 看護職員勤務期間は、採用時に看護職の免許を有していない者については免許取得（登録）年月日からとしてください。

(裏)  
業務従事証明書

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記の者について、下記のとおり \_\_\_\_\_ として業務に従事したことを証明します。

記

1 業務従事施設名

2 業務従事期間

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

証明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所在地

施設名

施設の長

印

注 業務従事証明書については、業務に従事している施設（病院等）の名称及び施設の長（院長等）の氏名を明記すること。

〔例：施設名 医療法人○△会○△病院〕  
施設の長 院長 ○○ △△