

様式第6号（第12条関係）

鳥取県緊急医師確保対策奨学金返還免除申請書

鳥取県知事 様

鳥取県緊急医師確保対策奨学金の返還に係る債務の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

年 月 日

奨学生 郵便番号

住 所

氏 名

㊟

電話番号

連帯保証人 郵便番号

住 所

氏 名

㊟

電話番号

保 証 人 郵便番号

住 所

氏 名

㊟

電話番号

決 定 番 号	第 号
借 受 期 間	年 月から 年 月まで
借 受 総 額	円
返還免除希望額	円
理 由	貸付金の返還に係る債務の免除に関する条例の緊急医師確保対策奨学金の項の免除の条件の欄第 号に該当するため。