

(表)

看護師等修学資金返還債務免除申請書

年 月 日

大阪府知事 様

貸与番号(-)(-)
(-)(-)

〒

申請者 ふりがな
住所

(電話番号)
(携帯番号)

ふりがな
氏名

(旧姓)

大阪府看護師等修学資金貸与規則第11条第1項の規定により、次のとおり修学資金返還債務の免除を申請します。

貸与期間	年 月 から 年 月まで(カ月)		
取得免許	取得した年月日	種 別	番 号
	年 月 日	保・助・看・准	第 号
養成施設	名 称	貸与を受けた額	円
	<small>卒業又は修了年月日</small> 年 月 日	免除申請額	円
現在の勤務先	名 称	返 還 金 額	円
の勤務先	所在地	返 還 予 期 ※	年 月から
	(電話番号 内線)		年 月まで(カ月)
申請理由	発生年月日	年 月 日	
	1 返還債務の免除要件施設で引き続き業務に従事したため 2 業務上の理由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため業務を継続することができなくなったため 3 2の理由以外で死亡又は障害のため返還することができなくなったため		

(注) ※の欄は記入しないでください。
該当する項目に○印を付けてください。裏面も記入してください。

(裏)

	期 間			勤 務 先	
	年	月	日から	※	
卒業又は修了後の状況	年	月	日まで・現在	※	ヵ月
	年	月	日から	※	
	年	月	日まで・現在	※	ヵ月
	年	月	日から	※	
	年	月	日まで・現在	※	ヵ月
	年	月	日から	※	
	年	月	日まで・現在	※	ヵ月
	年	月	日から	※	
	年	月	日まで・現在	※	ヵ月
	年	月	日から	※	
	年	月	日まで・現在	※	ヵ月
	年	月	日まで・現在	※	ヵ月
勤 務 月 数				※	ヵ月

〈添付書類〉

- 申請理由が1の場合は、業務従事証明書(様式第3号)及び免許証の写し(原本照合したもの)
- 申請理由が2及び3の場合は、医師の診断書又は検案書