

看護職員修学資金返還債務免除申請書

年 月 日

長野県知事 様

決定番号 第 号

氏 名
(旧姓)

住 所 〒

電話番号

下記のとおり、看護職員修学資金修学資金の返還債務を免除してください。

記

貸 与 総 額		貸与を受けた 養成施設又は 大学修士課程 を置く大学名	
貸 与 期 間	年 月 (年 月から 年 月まで)		
免除を願い出る理由			
免 除 希 望 額			
業務の種別、期間	<u>(免許取得年月日)</u>		
	准看護師	年 月 日	第 号
	看護師	年 月 日	第 号
	助産師	年 月 日	第 号
	保健師	年 月 日	第 号
	<u>(従事した医療施設名)</u>		
		年 月 日～	年 月 日
		年 月 日～	年 月 日