

## 修学資金返還免除申請書

① 平成 年 月 日

沖縄県知事 殿

②登録番号

--	--	--	--	--	--

〒

フリガナ

③住所

フリガナ

④氏名

⑤印

フリガナ

⑥（旧姓）

⑦生年月日 年 月 日生

⑧電話(自宅)

(携帯)

(e-mail)

(職場)

(職場名)

⑨出身校名

⑩卒業年月 年 月

下記のとおり沖縄県看護師等修学資金返還の債務を免除して下さるよう申請します。

### 記

⑪	免除の別	当然免除・裁量免除
⑫	貸与総額	円
⑬	返還未済額	円
⑭	免除を受けようとする額	円
⑮	免除を受けようとする理由	
⑯	貸与期間 ( 年 箇月)	年 月 日 から 年 月 日 まで
⑰	保健師 籍登録番号 助産師 及び 看護師 年 月 日 准看護師	保健師 第 号 年 月 日 助産師 第 号 年 月 日 看護師 第 号 年 月 日 准看護師 第 号 年 月 日
⑱	県内の所定の施設で看護職員の業務に従事した期間	年 月 日 から 年 月 日 まで

注 用紙の寸法は、日本工業規格A4判とする。