

保健師等修学資金返還債務免除申請書

年 月 日

福島県知事

申請者 住所
氏名
電話番号 — —

下記のとおり保健師等修学資金の返還の免除を受けたいので、別紙証明書類を添えて申請します。

記

貸付決定の年月日及び番号	年 月 日 (第 号)
貸与を受けた期間	
貸与を受けた金額	円
返還免除を希望する金額	円
養成施設名	(年 月 日卒業 課程名())
免許取得年月日	年 月 日 取得 免許種別 ()
在職した職場の名称及びその在職期間	名称 年 月 日から 年 月 日まで
免除申請の理由	<p>1 養成施設を卒業した後1年以内に免許を取得し、かつ、免許取得後直ちに条例別表の施設において保健師等の業務に従事し、その後引き続き条例別表の施設において5年間当該業務に従事したため（条例第7条第1号該当）</p> <p>2 養成施設を卒業した後1年以内に免許を取得し、かつ、免許取得後直ちに条例別表の施設において当該業務に従事中、業務上の事由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため当該業務を継続することができなくなったためいるため（条例第7条第2号該当）</p> <p>3 養成施設を卒業した後1年以内に免許を取得し、その後、条例別表の施設において相当期間保健師等の業務に従事したため（条例第8条第1号該当）</p> <p>4 災害、疾病、死亡その他やむを得ない理由により、1の要件を満たすことができないため（条例第8条第2号該当）</p> <p>2から4までの具体的理由 []</p>

備考 免除申請の理由欄は、該当する項目の数字を○で囲み、必要に応じてその具体的理由を記入すること