

様式第 10 号(第 16 条関係)

宇和島市病院局看護師等奨学資金返還免除申請書

年 月 日

宇和島市病院事業管理者 様

奨学生 住所  
氏名 ㊟  
保護者 住所  
氏名 ㊟  
(奨学生が 20 歳未満の場合)

宇和島市病院局看護師等奨学資金の返還の免除について、宇和島市病院局看護師等奨学資金貸与規程第 16 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

決定番号	第 号
免除申請額	円
貸与期間	年 月 日～ 年 月 日
免除申請理由	1 貸与を受けた期間に相当する期間に宇和島市病院局看護師等奨学資金貸与規程で定める期間を加えた期間を宇和島市病院局で看護師等の業務に従事したため 2 その他

(注) 申請理由を証する書類等を添付すること(免除申請理由 1 を除く。)