

様式第6号(第10条関係)

修学資金決定番号	第	号
----------	---	---

\_\_\_\_\_修学資金返還免除申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

本人又は  
保証人 住 所  
氏 名  
勤務先電話番号  
自宅電話番号  
※記名押印又は署名

\_\_\_\_\_修学資金の返還債務の免除を受けたいので、申請します。

返還未済の修学資金の額	円
免除を受けようとする額	円
理 由	

備 考

- この様式は、福岡県保健師、助産師、看護師及び准看護師修学資金貸与条例(昭和37年福岡県条例第57号)第6条第1項第3号及び第9条第1項第2号に規定する免除申請書とする。
- 次の書類を添付すること。
  - 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免除申請する者は、その事実を証する書類
  - 死亡又は心身障害により返還することができなくなったため免除申請する者は、その事実を証する書類