様式第１１号(第１７条関係)

福岡県専門医研修資金返還方法承認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

貸与番号

氏　　名

（自署又は記名押印）

住　　所

 福岡県専門医研修資金貸与条例第８条ただし書の適用を受けたいので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第１７条第２項の規定により下記のとおり申請します。

記

１　申請の理由

２　返還債務の免除に該当しない理由　 (注)いずれかの理由に〇を付けてください。

 （　　）（１）貸与の中止

 （　　）（２）指定勤務の中止

業務従事期間　 　年　　月　　日から　　　　 年　　月　　日まで

年　　月　　日から　　　　 年　 月　　日まで

 （　　）(３)その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

３　借用金額

　　　　　　　　　　　円

４　返還方法

年賦

支払回数　　　　　回

５　連帯保証人

　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　住所

　　　電話番号