様式第２０号(第２０条関係)

福岡県専門医研修資金返還免除申請書

　年　　月　　日

福岡県知事　殿

貸与番号

　　　　　　　　　　　　　　　氏名

住所

　福岡県専門医研修資金の返還債務の免除を受けたいので、福岡県専門医研修資金貸与条例施行規則第２０条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　免除区分　(注)いずれかに〇を付けてください。

（　　）（１）当然免除(福岡県専門医研修資金貸与条例第１１条)

（　　）（２）裁量免除(福岡県専門医研修資金貸与条例第１２条)

２　免除申請理由　(注)いずれかの理由に〇を付けてください。

（　　）（１）指定期間、指定勤務に従事

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

（　　）（２）医師業務上の理由により死亡

（　　）（３）医師業務に起因する心身の故障

（　　）（４）その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

３　理由発生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　 　 申請者氏名

　 　 住所

関係書類：　就労証明書 ・ 死亡診断書 ・ 診断書 ・ その他事実を証する書類