

看護職員修学資金 返還猶予申請書

|    |    |           |  |  |  |  |  |
|----|----|-----------|--|--|--|--|--|
| 資金 | 課程 | 修 学 生 番 号 |  |  |  |  |  |
| 6  |    |           |  |  |  |  |  |

|                  |  |                            |   |   |   |   |         |    |   |      |    |   |   |   |    |  |
|------------------|--|----------------------------|---|---|---|---|---------|----|---|------|----|---|---|---|----|--|
| 猶 予 申 請 額        | 円  |                            |   |   |   |   | 猶 予 期 間 | R  | 年 | 月    | から | R | 年 | 月 | まで |  |
|                  |  |                            |   |   |   |   |         |    |   |      |    |   |   |   |    |  |
| 猶 予 理 由          | 在学中 進学 業務に従事 疾病 災害 その他 <div>（具体的に）</div> |                            |   |   |   |   |         |    |   |      |    |   |   |   |    |  |
| 免許種類             |  | 免許取得年                      | 月 | 日 | 年 | 月 | 日       | 県名 |   | 免許番号 |    |   |   |   |    |  |
|                  |  |                            |   |   |   |   |         |    |   |      |    |   |   |   |    |  |
| 現在の進学先<br>または就業先 |  | 所 在 地                      |   |   |   |   |         |    |   |      |    |   |   |   |    |  |
|                  |  | 施 設 名<br>（進学の場合は<br>課程名まで） |   |   |   |   |         |    |   |      |    |   |   |   |    |  |

上記のとおり修学資金の返還債務の履行の猶予を受けたいので申請します。

年 月 日

滋賀県知事 様

本人

〒

住 所

電話番号 ( )

氏 名 印

連帯保証人  
(法定代理人)

〒

住 所

電話番号 ( )

氏 名 印

本人との続柄

連帯保証人

〒

住 所

電話番号 ( )

氏 名 印

本人との続柄

|                 |         |
|-----------------|---------|
| 貸 与 時 養 成 施 設 名 | ( 年 月卒) |
|-----------------|---------|

注1) 県名欄は准看護師免許の場合のみ記入してください  
注2) 印鑑登録証明書は、提出の3箇月以内に発行されたものを添付してください。