（様式第８号）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　鹿角市長　様  決定番号  被貸与者  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  連帯保証人  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　鹿角市医師修学資金貸与規則第８条の規定に基づき、修学資金の返還債務の全部（一部）の免除を受けたいので、鹿角市医師修学資金貸与規程第11条第１項の規定により、申請します | | | |
|  | 返還金総額 | 円 |  |
|  | 返還済額 | 円 |  |
|  | 返還未済額 | 円 |  |
|  | 貸与を受けた期間 | 年　　月から　　　　　年　　月まで　　　月 |  |
|  | 鹿角市内の医療機関における従事期間 | 年　　月から　　　　　年　　月まで　　　月 |  |
|  | 免除申請額 | 円 |  |
|  | 免除申請理由 |  |  |
|  | | | |