様式第９号（第１１条関係）

返還免除申請書

年　　月　　日

（申請先）東濃中部病院事務組合管理者

申　請　者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　　資金の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 免除を受けようとする額 | 円 |
| 貸与を受けた期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  年　　月間 |
| 組合が指定する医療機関  に従事した期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  年　　月間 |
| 申　請　理　由 |  |