

様式第4号（第9条関係）

医師研究資金返還債務免除申請書

年 月 日

市立大町総合病院事業管理者 殿

住 所

氏 名

印

年度 第 号で貸与決定を受けた医師研究資金について、下記のとおり返還債務の免除を受けたいので、市立大町総合病院医師研究資金貸与規程第9条の規定により申請します。

記

- 1 被貸与者氏名
- 2 貸与を受けた研究資金の額 金 円
- 3 免除申請額 金 円
- 4 免除申請の理由

（添付書類） 免除申請の理由を証する書類