

年 月 日

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構
理事長 殿

住 所
氏 名 ⑩

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構薬剤師修学資金返還猶予申請書

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構薬剤師修学資金貸与規則により、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構薬剤師修学資金返還債務の履行を猶予願いたく申請いたします。

貸与を受けた者の氏名		決定番号	
勤務先			
猶予を受けようとする額	円	貸与総額	円
		返還済額	円
		(既決定の)返還免除額	円
猶予を受けようとする期間	年 月から 年 月まで (計 月)		
申請の理由	☐ 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構薬剤師修学資金規程第 9 条による返還免除までの猶予 薬剤師免許取得（予定）日（ 年 月 日） 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構へ勤務予定 勤務予定期間（ 年 月から 年 月まで）		

備考 申請理由が返還免除までの猶予以外は申請の事由を証明する書類を添付すること