

様式第 8 号（第 10 条関係）

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

㊞

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免除申請書

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の返還の債務の全部又は一部の免除を受けたいので申請します。

貸与を受けた者の氏名		決 定 番 号	
免除を受けようとする額	円	貸 与 総 額	円
		返 還 済 額	円
		返還未済額	円
貸 与 期 間	年 月 日から 年 月 日まで(計 年 月)		
薬 剤 師 免 許 登 録 番 号	第 号	登録年月日	年 月 日
休職、停職、育児休業 の 有 無 及 び 期 間	有・無 年 月 日から 年 月 日まで		
育 児 短 時 間 勤 務 等 の 有 無 及 び 期 間	有・無 年 月 日から 年 月 日まで 育児短時間勤務等に係る所定労働時間 時間 育児短時間勤務等をしなかった場合の所定労働時間 時間		
そ の 他 の 理 由	☐在職期間中に職務により死亡、心身の故障により免職 死亡又は免職の時期（ 年 月 日）		