

看護職員修学資金返還明細書

年 月 日

長野県知事 阿部 守一 様

決定番号 第 号

氏 名
(旧姓)

郵便番号 〒
住 所

電話番号
Eメールアドレス

下記のとおり、看護職員修学資金を返還します。

記

| | | | |
|-----------|------------|---|-----------|
| 貸 与 総 額 | | 貸与を受けた 養成施設又は 大学修士課程 を置く大学名 | |
| 貸与された期間 | 貸与期間 | 年 月から | 年 月 (か月) |
| | 途中休止のあった期間 | | (か月) |
| | 差引貸与を受けた期間 | | (か月) |
| 免 除 額 | | | |
| 返 還 額 | | | |
| 返 還 の 理 由 | ※ | 1 対象外就業 2 免除要件期間未満で退職 3 県外就業 4 その他 () | |
| 返 還 期 間 | | 年 月 から | 年 月 まで |
| 返 還 方 法 | ※ | 月賦 ・ 半年賦 ・ 一括払い | |
| 備 考 | | | |

(注) 免除額のある場合は、看護職員修学資金返還債務免除申請書(様式第4号)を添付すること。※の欄は、該当する項目に○印をすること。