

修学資金返還債務免除申請書

年 月 日

静岡県知事 川 勝 平 太 様

決定番号

住 所

氏 名



借受人との続柄(関係)

電話番号

静岡県介護福祉士修学資金の返還債務の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

貸与を受けた時の 養成施設の名称	養成施設卒業年月日	年 月 日
	登 録 年 月 日	年 月 日
貸与を受けた金額	円	
返 還 済 額	円	
未 返 還 額	円	
免 除 申 請 額	円	
免除申請の理由		
介護等の業務に従事した施設等の名称	職 種	業 務 に 従 事 し た 期 間
		年 月 日から 年 月 日まで
		年 月 日から 年 月 日まで
		年 月 日から 年 月 日まで
		年 月 日から 年 月 日まで
返還猶予期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	年 月 日から 年 月 日まで	