様式第17号（第14条第１項、第２項関係）

修学資金返還当然免除事由発生届

年　　月　　日

　茨城県知事　　　　　殿

修学生　住所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 修学生の相続人 | （電話　　　　　　　　　　　　） |

氏名

　茨城県地域医療薬剤師修学資金の返還の債務の履行について、当然免除事由が発生したので、茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与条例施行規則第14条第１項（第２項）の規定により、関係書類を添えて下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 修学生番号 |  |
| 貸与期間 | 年　　　月から　　　年　　　月まで |
| 返還すべき金額 | 円 |
| 返還免除事由  　１　薬剤師の免許を取得した後直ちに薬剤師不足地域内の病院において薬剤師の業務に従事し、かつ、引き続き県内の病院において当該業務に従事した期間が修学資金の貸与を受けた期間の２分の３に相当する期間（以下「義務期間」という。）に達し、当該義務期間の２分の１に相当する期間以上の期間を薬剤師不足地域内の病院において従事したため。  　２　義務期間中に、業務上の事由による死亡又は業務に起因する心身の故障により薬剤師の業務に従事することができなくなったため。 | |

備考　「返還免除事由」欄は、該当する数字を○で囲むこと。