

## 看護職員修学資金返還方法変更願

資金	課程	修 学 生 番 号			

貸与金額 A		円	免 除 金 額 B		円
返還済額 C		円	返還方法変更後の 返還金額 $D=(A-B-C)$		円

返 還 方 法	変 更 前	1 一括払	2 月賦	3 2箇月毎	4 3箇月毎	5 4箇月毎	6 5箇月毎	7 半年賦
	変 更 後	1 一括払	2 月賦	3 2箇月毎	4 3箇月毎	5 4箇月毎	6 5箇月毎	7 半年賦

変更後の返還期間	令和		年		月から	返還回数		回
----------	----	--	---	--	-----	------	--	---

変更後 の 第 1 回 目 返 還 額		円	変更後 の 第 2 回 目 以 降 返 還 額		円
---------------------------	--	---	-------------------------------	--	---

変更の理由	
-------	--

上記のとおり返還方法を変更したいので承認をお願いします。

年           月           日

滋賀県知事 様	住 所 _____ 〒 _____  本 人 電 話 番 号 ( ) — 氏 名 _____ 印 _____
連帯保証人 (法定代理人)	住 所 _____ 〒 _____  電 話 番 号 ( ) — 氏 名 _____ 印 _____
連帯保証人	住 所 _____ 〒 _____  電 話 番 号 ( ) — 氏 名 _____ 印 _____
本人との続柄 _____  本人との続柄 _____	

注1) 連帯保証人の印は、実印を用いるとともに印鑑登録証明書を添付してください。

注2) 印鑑登録証明書は、提出の日の3箇月以内に発行されたものを添付してください。