様式第８号（第９条関係）

年　　月　　日

　奥州市長　宛

修学生氏名

医療介護従事者修学資金貸付中止申出届

　医療介護従事者修学資金の貸付けの中止を申出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 | 　 | 貸付番号 | 第　　　　号 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| ふりがな住所 | （郵便番号　　―　　　)電話番号（　　―　　) |
| 本籍 |  |
| 医療介護関係学校等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　―　　　)電話番号（　　―　　) |
| 借受額 | 入学一時金　　　　円月額貸付金　　　　円総額　　　　　　　円 | 月額貸付金の借受期間 | 年　　月から年　　月まで |
| 中止申出理由 | 　 |
| 連帯保証人 | ふりがな氏名 | 　 | 　 |
| ふりがな住所 | (郵便番号　　―　　　)電話番号（　　―　　) | （郵便番号　　―　　　)電話番号（　　―　　) |
| 本籍 |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 職業 | 　 | 　 |
| 修学生との関係 | 　 | 　 |