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 | |  | |  | | |