

静岡市立静岡病院看護師等修学資金返還明細書

年 月 日

(宛先)

地方独立行政法人
静岡市立静岡病院
理事長

修学資金を返還しなければならない者

〒

住所

氏名

印

電話番号

連帯保証人

〒

住所

氏名

印

電話番号

連帯保証人

〒

住所

氏名

印

電話番号

地方独立行政法人静岡市立静岡病院看護師等修学資金貸与規程第 13 条の規定により、貸与を受けた修学資金を次の計画に基づき返還します。

返還明細書の計画に基づく支払を継続して怠ったときは、当然に期限の利益を失い、返還金の全部又は一部について直ちに返還を命じられても異議はありません。

連帯保証人は、それぞれ返還債務を本人と連帯して負担します。

返還総額		円
連帯保証人が支払いの責任を負う極度額 (返還総額(元本)、延滞利息金を含む)		円
返還期間		令和 年 月 日から 年 月 日まで
返還方法	種 別	一括払い 又は 1・3 か月ごとに 毎回下記の金額を支払う (○で囲む)
	1 回の返還金額	円

記載例

静岡市立静岡病院看護師等修学資金返還明細書

〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先)
地方独立行政法人
静岡市立静岡病院
理事長

提出日を記載

連帯保証人の印は、誓約書と同じ
**印鑑(印鑑登録されている印鑑)を
使用**してください。
住所に訂正がある場合は二重線で
取消、押印の上、正しい住所を余白
に記入してください。

修学資金を返還しなければならない者

住所 静岡市葵区追手町〇〇-〇〇

氏名 静岡 〇〇 

電話番号 054-296-3206

連帯保証人

住所 静岡市葵区追手町〇〇-〇〇

氏名 静岡 □□ 

電話番号 054-296-3206

連帯保証人

住所 静岡市清水区宮加三〇〇〇〇

氏名 清水 △△ 

電話番号 054-296-3206

地方独立行政法人静岡市立静岡病院看護師等修学資金貸与規程第13条の規定により、貸与を受けた修学資金を次の計画に基づき返還します。

返還明細書の計画に基づく支払を継続して怠ったときは、当然に期限の利益を失い、返還金の全部又は一部について直ちに返還を命じられても異議はありません。

連帯保証人は、それぞれ返還債務を本人と連帯して負担します。

返還総額		円
連帯保証人が支払いの責任を負う極度額 (返還総額(元本)、延滞利息金を含む)		円
返還期間		年 月 日から 年 月 日まで
返還方法	種 別	一括払い) 又は 1・3 か月ごとに 毎回下記の金額を支払う (○で囲む)
	1回の返還金額	円

返還に要する期間を記入してください。

開始は、退職日の翌月1日(例 2024年3月31日退職なら2024年4月1日)、
終了は別紙「修学資金の返還方法について」の返還期限までの日付を記入してください。
なお、一括返還の場合は、開始日から2ヶ月以内に返還をお願いします。