様式第6号(第7条関係)

|  |
| --- |
| 修学資金返還計画書年　　月　　日　　　福井県知事　様決定番号 　　　介護等第　　　　号　　　　　　借主　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　連帯保証人　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 | 法人にあっては、その主たる事務所の所在地、商号または名称および代表者の氏名 |
| 　福井県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第7条の規定に基づき、次のとおり修学資金を返還したいので承認してくださるようお願いします。 |
| 　 | 借用総額 | 円 | 　 |
| 返還方法 | 　 |
| 返還回数 | 回 |
| 1回の返還額(最終回以外) | 円 |
| 最終回の返還額 | 円 |
| 返還期間 | 年　　　月から　　　　年　　　月まで |
| 　 |