

奨学金繰上返還申込書

公益社団法人沖縄県看護協会長 様

西暦 年 月 日

奨学生氏名 _____ ㊦

電話番号 _____

※日中連絡のとれる電話番号を記入

- 奨学金の種類
- (該当するアルファベットに○)
- A 看護師2年課程通信制奨学金
- B 認定看護師教育課程奨学金
- C 看護系大学大学院奨学金 (専攻科、別科含む)
- D 特定行為研修奨学金

私は、西暦____年____月に、下記のとおり奨学金繰上返還を希望します。

(原則、本紙ご提出の2か月以上先としてください。)

【繰上返還方法】

下記、1、2のいずれかに○をし、振込みの場合は希望日をご記入下さい。

1. 自動口座引き落とし (毎月1日 ※土日祝日の場合、金融機関の翌営業日)
2. 振込み____日 (振込み先口座：別途通知)

【繰上返還額】

下記1、2のいずれかに○をしてご記入下さい。

1. 全額 _____円 ……繰上返還希望日の予定残高
 2. 一部 西暦____年____月～西暦____年____月 _____回分
- 合計_____円

※ 繰上返還希望日に関するお問合せは、下記までお願いいたします。

※ 一部繰上を選択した場合は、繰上返還をした翌月以降も、返還計画書にもとづく通常の割賦金による返還が継続しますので、ご注意下さい。