

奨学生番号： _____

奨学金繰上返還申込書

公益社団法人日本看護協会長 様

記入日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

奨学生氏名 _____ (印)

奨学生番号 _____

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 (該当する奨学金に☑)	<input type="checkbox"/> 国際看護師協会東京大会記念奨学金
	<input type="checkbox"/> 石橋美和子がん看護 CNS 奨学金
	<input type="checkbox"/> 認定看護師教育課程奨学金

私は、下記のとおり奨学金繰上返還を希望します。

1. 繰上返還方法

※「口座振替」または「振り込み」のいずれかに☑をし、「振り込み」の場合は振込日をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 口座振替	「奨学金繰上返還申込書」の本会での受理日より、口座振替月が決まります。振替日は、本会より「奨学金繰上返還申込書」の受理を通知する文書に記載してお送りしますので、ご確認ください。 ※ 口座振替日は毎月 1 日です。（土日祝日の場合、金融機関の翌営業日）
	振替希望月 _____ 年 _____ 月 (3 か月以上先に振替を希望される場合、ご記入ください)
<input type="checkbox"/> 振り込み	振込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※「奨学金繰上返還申込書」の投函日より 2 週間以上先の日程をご記入ください。
	① 振込先につきましては、本会より「奨学金繰上返還申込書」の受理を通知する文書に記載しますので、文書が届くまで振り込みはお待ちください。 ② 振込手数料はご自身で負担ください。

2. 繰上返還額

※「全額返還」または「一部返還」のいずれかに☑をし、「一部返還」の場合はその期間と回数をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 全額返還	金 _____ 円 (繰上返還希望日の予定残高)
<input type="checkbox"/> 一部返還	金 _____ 円
	西暦 _____ 年 _____ 月 ~ 西暦 _____ 年 _____ 月の合計金額 _____ 回分 ※一部繰上返還をした翌月以降も、返還計画書に基づく通常の割賦金による返還が継続します。

※ 口座振替月の目安 「奨学金繰上返還申込書」の本会での受理日より振替月が決まります。	10 日までに受理	翌月
	11 日以降に受理	翌々月

❖ 奨学金事務局使用欄 ❖

受領日	年 _____ 月 _____ 日	奨学生番号確認 <input type="checkbox"/>
事務連絡送付日	年 _____ 月 _____ 日	返還額確認 <input type="checkbox"/>
繰上返還日	年 _____ 月 _____ 日	備考
システム登録日	年 _____ 月 _____ 日	

部長	課長	担当者