平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構

顧 客 業 務 部 長　　殿

住所（本部）：〒

氏名又は法人名称：

　　　　　　代表者名：

**償還約定表の再発行について(依頼)**

下記の理由により、標記の書類の発行を依頼します。

記

貸付番号　　　　　　　　／

　　　　　　　　　　　　　　／

* 理由（使用目的）

＜この件に関する連絡先＞

　　担当者名：

　　電話番号：

送付先

〒105-8486東京都港区虎ノ門四丁目３番１３号　神谷町セントラルプレイス９階

　独立行政法人福祉医療機構　顧客業務部　顧客業務課　収納係