

記載注意

発送日を記入してください。

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 殿

住 所 東京都港区虎ノ門

変更が生じる貸付番号等の内容をお書きください(金銭消費貸借契約証書の写しでご確認ください)。

名 称 又は氏名
代表者

医療法人 会 印
田中 一郎

貸付条件変更承認申請書

下記のとおり 条件を変更願いたく申請します。

法人本部住所・法人名称・代表者名(個人でのお借入の場合は、氏名)をご記入ください。

貸付番号		
資金種類	甲種増改築 資金	
貸付契約年月日	平成 年 月 日	年 月
借入(内定)額	, 千円	千円
借入金残高	, 千円	千円
変更事項	現在の条件	変更後の条件
1 担保物件	(現在提供している土地) 市 町 番	(追加提供する土地) 市 町 番(第2順位) 市 町 番(第2順位) 市 町 番(第1順位)
2 保証人	市 町 番	
3 その他	市 町 番	
()	市 町 番	
()	市 町 番	
	(現在提供している建物) 市 町 番地 家屋番号 番	
変更理由	共同担保目録にてご確認ください。 病院「 病院」の増築に伴う敷地と建物の取得による。 変更理由をご記入ください。	

追加提供する土地の謄本を参考の上、表題部の[所在][地番]を記載し、順位を記載ください。

共同担保目録にてご確認ください。

変更理由をご記入ください。