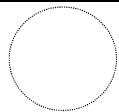


[直接貸付用—医療貸付資金様式]

独立行政法人福祉医療機構 理事長 殿

機構提出目

年 月 日

[フリガナ] 住 所																		
	〒 ー 電話 ー ー																	
[フリガナ] 法人の名称																		
	[法人設立年月日 明・大・昭・平 年 月 日]																	
[フリガナ] 氏 名 (法人の場合は代表者)																		
	[生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)]																	
連絡先及び 事務担当者	連 絡 先 住 所				〒 ー				電話 ー ー									
	氏 名 (役 職 名)				()				FAX ー ー									
借入申込施設 (該当施設に○で 囲ってください)	施 設 種 類								施 設 名 称									
	病院 一般診療所 歯科診療所 介護老人保健施設 助産所 医療従事者養成施設																	
借 入 申 込 額	建 築 資 金				機 械 購 入 資 金				長 期 運 転 資 金									
	千円				千円				千円									
	(うち土地)																	

担保 (該当する番号に○ で囲ってください)	建 築 資 金	機 械 購 入 資 金	長 期 運 転 資 金
	1.不動産担保・・・別紙「担保物件の状況」を提出願います 2.無担保(1,000万円まで)	1.不動産担保・・・別紙「担保物件の状況」を提出願います 2.不動産担保＋動産担保 3.診療報酬債権 4.無担保(1,000万円まで)	1.不動産担保・・・別紙「担保物件の状況」を提出願います 2.診療報酬債権等 3.無担保(2,000万円まで)
保証の選択 (該当する番号に○ で囲ってください)	1. 保証人不要制度 2. 個人保証 _____ 名 … 別紙「連帯保証人承諾書」のとおり		

○借入希望条件

資金の種類	借入希望時期	償還期間(据置期間)	金利の選択 (該当する番号に○を囲ってください)	償還方法 (該当する番号に○を囲ってください)
建築資金	年 月	年 月 うち据置期間 年 月)	1. 完全固定金利制度 2. 10年経過ごと金利見直し制度	1. 毎月償還 2. 3ヶ月償還
機械購入資金	年 月	年 月 うち据置期間 年 月)		1. 毎月償還 2. 3ヶ月償還
長期運転資金	年 月	年 月 うち据置期間 年 月)		