○○年○月○日

独立行政法人福祉医療機構　御中

【債務者若しくは相続人】

　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　住　所

（法人の場合）名　称

　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（個人の場合）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

【上記代理人】※借入者から委任を受けた司法書士等

　　　　　　　住　所〒

　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（注）債務者の相続人が依頼される場合は債務者との関係がわかる書類を添付ください。

（注）司法書士等代理人が依頼される場合は債務者からの委任状（写）を添付ください。

なお、その場合は債務者若しくは相続人の押印は不要です。

抵当権の抹消についての依頼書

別紙記載の不動産に設定された抵当権（昭和○○年○○月○○日○○地方法務局○○支局受付第○○○○号、債務者医療法人○○会）について、抵当権抹消に必要な書類の交付を依頼します。

（添付書類）

・別紙　不動産の表示

・該当物件の登記簿謄本（写し可）（うち、1通は共同担保目録付）

・委任状（写）※代理人が依頼される場合のみ

（書類返送先）※希望する返送先へチェックしてください。

□ 債務者若しくは相続人の住所

□ 代理人の住所

□ 上記以外（〒　　　-　　　　○○県○○市○○　　　　　　）

（本件に関する連絡先）

電話番号：　　　 　　　　　　　担当者

 （不動産の表示）

不動産番号：○○○○○○○○○○○○○

○○市○○一丁目○○番の土地

不動産番号：○○○○○○○○○○○○○

○○市○○一丁目○○番の土地

不動産番号：○○○○○○○○○○○○○

○○市○○一丁目○○番地

家屋番号○○番の建物

（以下余白）