

発送日をご記入ください。

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇

東京都港区虎ノ門〇〇-〇〇-〇〇

変更が生じる貸付の貸付番号をご記入ください。
(貸付番号は償還約定表をご確認ください。)

法人名 又は氏名 医療法人 〇〇会
代表者名 理事長 田中 一郎

貸付条件変更承認申請書

下記のとおり貸付条件の変更について申請します。

法人本部住所・法人名称・代表者名
(個人でお借入れの場合は氏名) を
ご記入ください。

貸付番号	〇〇-〇-〇〇〇〇		
貸付契約年月日	〇〇〇〇年〇月〇日	年 月 日	年 月 日
借入(内定)額	〇〇〇,〇〇〇千円	千円	千円
変更内容 ※変更事項にチェック	現在の条件	変更後の条件	
☒ 担保物件 ☐ 連帯保証人 ☐ その他 ()	(現在提供している土地) ・ 〇〇市〇〇町〇〇番 ・ 〇〇市〇〇町〇〇番 (現在提供している土地) ・ 〇〇市〇〇町〇〇番地〇 家屋番号 〇〇番〇	(追加提供する土地) ・ 〇〇市〇〇町〇〇番(第2順位) ・ 〇〇市〇〇町〇〇番(第1順位)	

共同担保目録にてご確認ください。

抵当権を追加または抹消する土地の登記簿謄本をご参照の
うえ、表題部の【所在】・【①地番】(・追加の場合は機構
の抵当権設定の【順位番号】)をご記入ください。

変更理由

「〇〇病院」の増築に伴う、敷地取得のため

当機構からご連絡させていただく場合もございますので、
ご担当者様の氏名と連絡先をご記入ください。

【事務担当者】

ふりがな：	
担当者名：	
電話番号：	()
メールアドレス：	