＜記入例＞

◎返還計画書：返還になった場合、ご提出ください。

第６号様式（第１１条、第１６条関係）

識別		
G	H	D

返　還　計　画　書

提出日付	年			月		日	
	2	0	2	6	0	2	0	9

香　川　県　知　事　殿

決定番号　第　Z　9　8　7　6　5　号

借受者
住　所　高松市番町 4-1-10 ××マンション 202
（TEL 090-0000-1111 ）
氏　名　県　方　花　子

連帯保証人
住　所　高松市番町九丁目２番〇号
（TEL 090-1111-2222 ）
氏　名　看　護　　康　子

連帯保証人
住　所　丸亀市〇町２丁目〇番〇号
（TEL 090-0000-3333 ）
氏　名　医　療　　健

連帯保証人２名の「署名」が必要です。

次のとおり看護学生修学資金の返還の計画を提出します。

「返還表」を参照

返還金額（返還未払済額）	1 3 2 8 9 6 3	円
借用金額	1 2 0 0 0 0 0	円
貸付期間	2022 年 4 月から 2024 年 3 月まで	
免除を受けた額	0	円
返還済額	0	円
返還の理由	県外就業のため　／　返還事由コード	
返還発生の年月日	2026 年 01 月 31 日	
返還方法	① 月賦元利均等　　2 一括返還	
1回の返還金額	5 5 3 7 3	円
最終回の返還金額	5 5 3 8 4	円
返還期間	返還開始年月	2026 年 02 月から
	返還終了年月	2028 年 01 月まで

＜注意＞

・「返還金額」は、「返還方法」、「返還期間」に応じて、異なります。

・あなたの状況の「返還表」を作成しますので、香川県医療政策課（087-832-3255）までご連絡ください。

・返還計画書に基づき、県で発行した「納入通知書」を送付しますので、納入期限までに納付ください。