

鶴岡市病院事業管理者 様

申請者 \_\_\_\_\_ (印)

(申請者が未成年者の場合)

保護者 \_\_\_\_\_ (印)

\_\_\_\_\_ (印)

鶴岡市立荘内病院医師修学資金貸与申請書

鶴岡市立荘内病院医師修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏 名		男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
住 所	〒□□□-□□□□ 電話番号 ( )				
本 籍 地					
卒業した 高等学校	名 称				
	卒業年月	年	月		
在学している 大学	名 称				
	学部学科	学部	学科		
	入学年月	年	月		
	学 年	年			
希望貸与(年)額	万円				
希望貸与期間	年 月から 年 月まで				
大学入学枠や修学資金利用等による勤務先の限定の有無 □有り(勤務先 ) ・ □無し					

添付書類 ①在学証明書

②成績証明書(前年度のもの、1年生は高等学校の学業成績証明)

③戸籍謄本

(裏)

家族の状況	ふりがな氏名	続柄	年齢	職業(勤務先)又は学校名	年収(給与)又は所得額	同居又は別居の別
			歳		円	

家族の住所	〒□□□-□□□□	電話番号 ( )
-------	-----------	----------

保証人になる者に関する事項	ふりがな氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	住 所	〒□□□-□□□□ 電話番号 ( )	〒□□□-□□□□ 電話番号 ( )
	本 籍 地		
	職 業		
	勤 務 先		
	年収(給与)又は所得額	円	円
	申請者との関係		