

修学資金貸与申請書

地方独立行政法人新小山市市民病院
理事長 佐田 尚宏 様

申込日 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	写 真 (1) 申込の際は、必ず写真を貼ってください (2) 写真は申込前6カ月以内に撮影した上半身・正面・無帽のもの 縦4cm×横3cm
申請人			年 月 日生 満 () 歳	
本 籍	〒			
住 所	〒			
電話番号		携帯電話		
メールアドレス				
ふりがな		住 所	〒	
連 帯 保 証 人	(印)	電話番号		
	(申請人との続柄:)			
ふりがな		住 所	〒	
連 帯 保 証 人	(印)	電話番号		
	(申請人との続柄:)			
貸与を受けようとする金額	月額60,000円			
貸与を受けようとする期間	年 月から 年 月まで か月			
養 成 施 設	学校・養成所名			
	所在地			
	入学年月日	年 月 日		
	卒業予定年月日	年 月 日		
その前の学校名（高校等）				
申請理由：		将来の目標：		

地方独立行政法人新小山市市民病院看護師等修学資金貸与規程第7条の規定により看護師、助産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。

なお、修学資金の貸与を受け、もし不都合を生じ貴院が損害を受けた場合は、上記申請人の連帯保証人として、必ず60,000円×貸与を受けようとする期間の範囲内で責任を負い連帯してその債務を負担します。