

第1号様式 (第5条関係)

薬剤師奨学資金貸与申請書

年 月 日

出水市病院事業管理者 殿

出水市病院事業薬剤師奨学資金の貸与を受けたいので、出水市病院事業薬剤師奨学資金貸与規程第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請者	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名	印	男・女	年月日(歳)	
	住所	郵便番号( )		電話番号( - - )	
養成施設	名称		所在地	県 市町	
	学科・課程				
	入学年月	年 月	卒業予定年月	年 月	
奨学資金	月次資金月額	10万円			
	貸与希望期間	年 月から 年 月まで( 月分)			
	貸与総額	万円(月次資金月額×貸与月数)			
保証人	氏名	印	生年月日	年月日(歳)	
	住所		電話番号		
	職業		申請者との関係		
	勤務先		所得額(年額)	万円	
保証人	氏名	印	生年月日	年月日(歳)	
	住所		電話番号		
	職業		申請者との関係		
	勤務先		所得額(年額)	万円	

(注1) 保証人のうち1人は親族(申請者が未成年の場合は、法定代理人)とすること。

(注2) 他の1人は、成年者であって経済的に独立した生計を営む者とすること。

(注3) 保証人は、印鑑登録されている印鑑を使用すること。