

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。