

年 月 日

鶴岡市病院事業管理者 様

申請者 _____ 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	平成	年 月 日
住 所	〒□□□-□□□□ メールアドレス 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			
大学入学卒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 歳	職業（勤務先） 又は学校名	年収(給与) 又は所得額 円	同居又は 別居の別

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		