

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		
大学入学枠や修学資金利用等による勤務先の限定の有無						
<input type="checkbox"/> 有り (勤務先)      )    • <input type="checkbox"/> 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)

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		