様式第１号（第２条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

（表面）

菊川市立総合病院薬剤師修学資金貸与申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　　菊川市長　氏　　　　　名　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(フリガナ)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　）

　　次のとおり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。

|  |  |
| --- | --- |
| 貸与を受けようとする金額 | 　月額　　　　　　　　円 |
| 貸与を受けようとする期間 | 　　　年　月　日から　　年　月　日まで |
| 貸与を受けようとする理由 |  |
| 在学している大学の名称 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 課程又は専攻 |  | 学年 | 　　　　　　学年 |
| 入学年月日 | 　　　年　月　日 |
| 卒業予定年月 | 　　　年　月 |

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連帯保証人 | 住所等 | 〒　　－　電話番号　　（　　）　　 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　月　日生（年齢　歳）　 | 性別 | 男　・　女 |
| 本人との続柄 |  |
| 職業 |  |
| 勤務先 |  |
| 年収 | 　　　　　　　　　　円 |
| 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同居別居の別 | 職業及び勤務先又は学校の名称 | 年収 | 備考 |
|  |  | 歳 |  |  | 円 |  |
|  |  | 歳 |  |  | 円 |  |
|  |  | 歳 |  |  | 円 |  |
|  |  | 歳 |  |  | 円 |  |
|  |  | 歳 |  |  | 円 |  |
|  |  | 歳 |  |  | 円 |  |
|  |  | 歳 |  |  | 円 |  |