

様式第1号（第2条関係）

（表面）

年 月 日

修学資金貸与願書

（あて先）三沢市立三沢病院事業管理者

三沢市医師等修学資金貸与条例第2条の規定に基づき、修学資金の貸与を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者署名 ㊟

① 申請内容について			
貸与種別	（職種： 薬剤師 ）免許取得のための修学資金		
貸与金額	月額	万円	（貸与期間における総額 万円）
貸与期間	年 月から 年 月まで（ 年 か月間）		
② 申請者について			
ふりがな		生年月日	
氏名		電話番号	
住所	〒		
在学学校名	(学年 年)		
③ 連帯保証人（保護者）について			
ふりがな		生年月日	
氏名		電話番号	
住所	〒		
職業・ 勤務先名	前年所得	円	
	申請者からみた続柄		
④ 連帯保証人（保護者以外）について			
ふりがな		生年月日	
氏名		電話番号	
住所	〒		
職業・ 勤務先名	前年所得	円	
	申請者からみた続柄		

上記の申請に係る借入金について、連帯して債務を負担することを誓約します。

連帯保証人(保護者) 年 月 日 署名 ㊟

連帯保証人(保護者以外) 年 月 日 署名 ㊟

(裏面)

⑤ 志望する教育機関等 (大学名、専門学校名、養成所名等)			
第1志望 名称： (学科名等：) 所在地： 都・道・府・県 市・区・郡 区・町・村			
第2志望 名称： (学科名等：) 所在地： 都・道・府・県 市・区・郡 区・町・村			
⑥ 三沢病院職員を志望する理由			
⑦ 家族構成 (同居・別居不問)			
氏名	ふりがな	生年月日	職業・勤務先名

※申請者は申請に必要な関係書類を添付すること。