

医学生・看護学生・薬学生修学資金貸与申請書

年 月 日

氷見市長 あて

住所

氏名

申請者

生年月日

電話番号

医学生・看護学生・薬学生修学資金の貸与を受けたいので、氷見市医学生・看護学生・薬学生修学資金貸与条例第3条の規定により、次のとおり申請します。

医学生、看護学生又は薬学生の別		医学生 ・ 看護学生(助産師・看護師) ・ 薬学生						
貸与を受けようとする期間		年 月から 年 月まで						
貸与を受けようとする修学資金の額		円						
在学している大学又は養成施設	名称				入学年月日	年 月 日		
	所在地				卒業予定年月	年 月		
学歴 (中学校以上)		年 月						
		年 月						
		年 月						
連帯保証人	住所				住所			
	氏名				氏名			
	年齢	歳	続柄		年齢	歳	続柄	
	職業	(勤務先 )			職業	(勤務先 )		
	年間収入				年間収入			
家族の状況	家族の住所 (電話番号)		( )					
	続柄	氏名		年齢	職業	月平均収入額		
				歳				
				歳				
				歳				
				歳				
				歳				
金沢医科大学氷見市民病院において医師、看護職員又は薬剤師として診療又は業務に従事する意志の有無					1 有 2 無			