

医療専門職等確保対策修学資金貸付申請書

年 月 日

天龍村長 殿

本人氏名 印

連帯保証人氏名 印

連帯保証人氏名 印

下記のとおり医療専門職等確保対策修学資金の貸与を受けたいので、天龍村医療専門職等確保対策修学資金貸与規程第 6 条の規定により申請します。

記

本 籍		氏 名	
住 所		生 年 月 日	年 月 日
在学養成施設	所在地	入 学 年 月 日	
	名 称	卒 業 見 込 年 月	
希望貸与期間	年 月 から 年 月 まで		
卒業後の意志 (就業・進学の場合)	1 就業 2 進学（保健師 ・ 管理栄養士 ・ 歯科衛生士 ・ 社会福祉士）		
連 帯 保 証 人	本 籍		本人との続柄
	住 所		職 業
	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
	年 収	円	
	本 籍		本人との続柄
	住 所		職 業
	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
	年 収	円	

※連帯保証人は氏名を自署し、連帯保証人の印は、印鑑登録された印鑑を押印してください。