

様式第1号（第2条関係）

年 月 日

平内町長 様

申請者 _____

平内町医療職修学資金貸与申請書

平内町医療職修学資金貸与条例に基づく修学資金の貸与を受けたいので、平内町医療職修学資金貸与条例施行規則第2条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日生		
本籍地						
現住所	郵便番号（ - ）電話番号（ - - ）					
大 学	名 称			学 部	学 年	
				学科名		
	所在地					
申 請	貸与総額	円		※ 決 定	貸与総額 円	
	貸与月額	円			貸与月額 円	
	貸与期間	年 月から 年 月まで			貸与期間 年 月から 年 月まで	
家 族 の 状 況	続柄	年齢	氏名	職業	勤務先	年収
						約 万円
						約 万円
						約 万円
						約 万円
						約 万円
						約 万円
郵便番号（ - ）電話番号（ - - ）						
実家の住所						
主な資産 約 万円			主な負債 約 万円			

連帯保証人の状況	1	ふりがな	生年月日		年	月	日生
		氏名	申請者との続柄				
		郵便番号 (-) 電話番号 (- -)					
		住 所					
	職 業		主な資産		約		万円
	年 収		主な負債		約		万円
	約		約				万円
	約		約				万円
2	ふりがな	生年月日		年	月	日生	
	氏名	申請者との続柄					
	郵便番号 (-) 電話番号 (- -)						
	住 所						
職 業		主な資産		約		万円	
年 収		主な負債		約		万円	
約		約				万円	
約		約				万円	
<p>上記申請者が修学資金の貸与を受けた場合は、連帯して債務を負担することを約します。</p> <p style="text-align: right;">連帯保証人 ⑩</p> <p style="text-align: right;">連帯保証人 ⑩</p>							
振込口座	銀行名			支店名			
	預金種別			口座番号			
<p>他制度により医療機関及び調剤薬局等から修学資金その他これに類する資金の貸付けを受けている場合は記入してください。</p>							
借入先の名称							
借入金額	月額	円		総額	円		
借入期間	年 月 日から			年 月 日まで			

注1 ※欄には記入しないでください。

2 申請者欄は、本人が自著・押印し、履歴書（様式第2号）、住民票の写し、大学の学部及び学年が記載された在学証明書、誓約書（様式第3号）を添付してください。

3 連帯保証人欄は、連帯保証人が自著・押印してください。印鑑は、印鑑登録しているものを使用してください。また、押印した印鑑の印鑑登録証明書、所得課税証明書及び納税証明書を添付してください。

4 申請者が未成年者であるときは、連帯保証人のうち1人は申請者の法定代理人としてください。