

(様式第1号) (第5条関係)

嬭恋村医療技術者等育成奨学金貸付申請書

年 月 日

嬭恋村村長 様

奨学生番号 [※]			貸付開始年月 [※]	年 月
養成施設名				
	第 学年	入学(予定)年月	年 月	写真貼付欄
ふりがな				注意 1. 申請者本人のみ 2. 6ヶ月以内に撮影したもの 3. 正面、無帽、 4. 縦35mm×横28mm
申請者氏名				
生年月日	年 月 日	(歳)		
在学中の連絡先	〒 -			
	自宅電話() 携帯電話()			
本人の履歴	学 歴		職 歴	
	年 月	中学校卒	年 月	
	年 月		年 月	
	年 月		年 月	
	年 月		在職中の場合はチェック→ <input type="checkbox"/>	
貸付希望期間・金額	貸付期間	年 月から 年 月まで(ヶ月分)		
	月 額	月額	円 計	円
卒業後の希望就職先	第1希望			
	第2希望			

備考 ※印の欄は、記入しないでください。

※学歴は卒業年月と学校名、職歴は離職年月日と従事先を記入してください。

嬭恋村医療技術者等育成奨学金貸付要綱に基づき、奨学金の貸付を申請します。また、貸与を受ける事になった場合は、卒業後、嬭恋村内の医療機関等において医療従事者として業務に従事するとともに、届出その他の義務について誠実にこれを履行することを誓約します。

また、記入した個人情報は嬭恋村が本事業に必要な範囲で利用することに同意します。

嬭恋村村長 様

年 月 日

申請者

住所	〒
氏名	Ⓜ (自署・押印)

※下記は連帯保証人本人が記入してください。

上記の者が医療技術者等育成奨学金の貸与を受けた上は、本人及び連帯保証人相互に連携して奨学金返還の責めを負い、かつ、届出その他の義務について誠実にこれを履行することを誓約します。

また、記入した個人情報は嬭恋村が本事業に必要な範囲で利用することに同意します。

年 月 日

連帯保証人

※申請者が未成年の場合は、法定代理人(親権者など)とし、成年の場合は、成年者で独立の生計を営む者とする。

住所	〒		
	電話()	携帯()	
氏名	Ⓜ (自署・押印)		
生年月日	年 月 日	申請者との関係	

年 月 日

連帯保証人

※申請者が未成年、成年に関わらず、成年者で独立の生計を営む者とする。

住所	〒		
	電話()	携帯()	
氏名	Ⓜ (自署・押印)		
生年月日	年 月 日	申請者との関係	

※ 連帯保証人は成年者で独立の生計を営む者でなければならない。

※ 申請者が未成年であるときは、連帯保証人のうち1名は法定代理人とする。