

（表面）

看護師等修学資金貸与申請書

年 月 日

掛川市・袋井市病院企業団

企業長 宮 地 正 彦 様

申請者 住 所  
氏 名 印

看護師等修学資金の貸与を受けたいので、掛川市・袋井市病院企業団看護師等修学資金貸与条例第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、貸与の決定を受けた場合は、掛川市・袋井市病院企業団看護師等修学資金貸与条例の規定を遵守するとともに、修学資金の返還の義務が生じたときは、返還期日までに確実に返還することを誓います。

本 籍				
生 年 月 日	年 月 日	電 話		
養 成 施 設	名 称		現 学 年	
	入学日	年 月 日	卒業予定日	年 月 日
	所在地			
貸与希望期間	年 月 から 年 月 まで			
貸与の理由				
備 考				

(裏面)

(連帯保証人)

修学資金の貸与を受けた者に返還義務が生じたときは、返還債務を連帯して負担します。

本籍				
住所				
(ふりがな)	-----			
氏名	印	電話	自宅	
			その他	
生年月日	年 月 日	続柄		
職業・勤務先				

本籍				
住所				
(ふりがな)	-----			
氏名	印	電話	自宅	
			その他	
生年月日	年 月 日	続柄		
職業・勤務先				