

年 月 日

(宛先)加賀市病院事業管理者

申請者氏名

医療職等修学資金貸与申請書

修学資金の貸与を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	職 種			
	貸与金額(月額)	月額	円	
	貸与期間	年 月 日	～	年 月 日
	氏名(ふりがな)			
	住 所	〒		
	連 絡 先		生 年 月 日	年 月 日
	学 歴	年 月 日	高校卒業	
年 月 日		入学		

連帯保証人	氏名(ふりがな)			
	住 所	〒		
	生 年 月 日	年 月 日	続 柄	

(注) 申請者欄・連帯保証人欄は、それぞれ自筆で署名すること。

(家族状況)

家 族 の 状 況	氏名	続柄	生年月日	勤務先及び職業	年間収入

(申請理由等)

修学資金の貸与を申請する理由
将来のスケジュールや目標等
その他特記事項