

年 月 日

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構

理事長 殿

〒

住 所

ふりがな

氏 名

印

電話番号

()

修学資金貸与申請書

下記のとおり地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構看護師等修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。

記

| | | | | |
|------------------|--|-------------|-------|-------|
| 区 分 | ア 看護師 | | イ 助産師 | |
| 学 校 等 の 名 称 | 平成・令和 年度入学 | 学科・専攻科名 | | |
| 出 身 高 校 | | | | |
| 連 帯 保 証 人 | ふりがな 氏 名 | 申請者との続柄 () | | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 | | |
| | 住 所 | 〒 | | |
| | 職業・ 勤務先 | | | |
| 参 考 事 項 | 過去に地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構看護師等修学資金の貸与を受けたことが | | 1 あ る | 2 な い |
| | 前貸与決定番号 | | | |
| | 貸与を受けた期間 | 年 月から 年 月まで | | |
| | 貸与時の学校等 | | | |

