

様式第1号（第2条関係）

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

申請者 \_\_\_\_\_ 印

### 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構薬剤師修学資金貸与申請書

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構薬剤師修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏名		男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
住 所	〒 _____ 電話番号 ( ) _____				
本 籍 地					
卒業した 高等学校	名 称				
	卒業年月	年	月		
在学している 大学	名 称				
	学部学科	学部	学科		
	入学年月	年	月		
	学 年	年			
希望貸与(年)額	万円				
希望貸与期間	年 月から 年 月まで				
他機関からの修学資金貸与	有(機関名: _____)・無				

添付書類 ①在学証明書 ②成績証明書 ③戸籍謄本④家計収入に関する証明書

様式第1号 (第2条関係)

家 族 の 状 況	ふりがな 氏名	続柄	年齢	職業(勤務先) 又は学校名	年収(給与) 又は所得額	同居又は 別居の別
			歳		円	
家族の住所		〒□□□-□□□□				
		電話番号 ( )				

保 証 人 に な る 者 に 関 す る 事 項	ふりがな 氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	住 所	〒 -	〒 -
		電話番号 ( )	電話番号 ( )
	本 籍 地		
	職 業		
	勤 務 先		
	年収(給与)又は 所得額	円	円
申請者との関係			

