

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	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			
当法人以外への就職を要件とする修学資金の貸与を受けてい るか(山形県看護職員修学資金を除く)			1 受けている 2 受けていない	
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あるか			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			

