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	1	助 産	師		
学を	交 等 の				学科・専	攻科名		
名	称		令和	年度入学				
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			1 受けている		
るか(山形県看護職員修学資金			金を除く)			2 受	けてい	ない
過去に地方独立行政法			人山形県	<u></u> ・酒田市病院	機構看護	1	ある	<u> </u>
参	師等修学	資金の貸与を	受けたことがあるか			2	ない	`
考	前貸与	決定番号				1		
事	貸与を受	けた期間		年	月から	年	月ま	で
項	貸与時	の学校等						

私が看護職員(看護師・助産師)を志したきっかけと、看護職員として 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構で勤務することを志望する理由

氏 名
