

様式第1号（第1条関係）

（表）

市立病院医師修学資金貸与申請書

年 月 日

南相馬市長

申請者 本 籍
 住 所
 氏 名 ⑩
 生年月日 年 月 日
 性 別 男・女

市立病院医師修学資金の貸与を受けたいので、南相馬市立病院医師修学資金貸与条例第2条の規定により、下記のとおり申請します。

記

貸与申請額	月額	円	貸与期間	年 月 日から	年 月 日まで		
大 学	名 称						
	学部・学科	学部	学科	学 年	年		
	所 在 地	郵便番号 ()		電話番号 ()			
	入 学 年 月 日	年 月 日	卒業見込 年 月 日	年 月 日			
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	職 業	勤務先	年 収 (税込み)	住 所

(裏)

保 証 人	本 籍					
	住 所					
	氏 名 性 別	男・女	生年 月日	年 月 日	続柄	
	職 業			年収(税込み)		
	勤 務 先					
保 証 人	本 籍					
	住 所					
	氏 名 性 別	男・女	生年 月日	年 月 日	続柄	
	職 業			年収(税込み)		
	勤 務 先					

上記の申請について同意します。

親権者又は未成年後見人 住 所
氏 名 ⑩

上記の申請により修学資金の貸与を受けたときは、本人と連帯してその債務を履行することを保証します。

保 証 人 住 所
氏 名 ⑩

保 証 人 住 所
氏 名 ⑩