様式第１号（第３条関係）

修 学 資 金 貸 付 承 認 申 請 書

年　　月　　日

中津川市長　様

本 籍 地
住　　所
氏　　名　　㊞
生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）
電話番号　　（　　）

中津川市医療職員修学資金の貸付けを受けたく、次のとおり申請します。

修 学 資 金	種　　類	（　　）修学資金
	金　　額	月額　　円
	期　　間	年　　月　から 年　　月　まで　（　　年　　月）
在学する学校又は養成所	名　　称	
	所 在 地	
	科名及び修学年限	科　　年制
	入学及び卒業年月日	（入学）　　年　　月　　日 （卒業見込）　　年　　月　　日
添 付 書 類	□ 履歴書 □ 戸籍抄本 □ 誓約書（様式第２号） □ 健康診断書（様式第３号）※申請の日の３月前までに作成したもの	□ 合格通知書（写し）又は在学証明書 □ 成績証明書 □ 連帯保証人の印鑑登録証明書