

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) 年 月 まで | |
| 在学する学校 又は養成所 (令和8年4月現在) | 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 | <input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 合格通知書(写し)又は在学証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 誓約書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 連帯保証人の印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 健康診断書(様式第3号) ※3ヶ月以内に作成されたもの | | |