

## 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	(薬剤師) 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 (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	