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　　　　　　　　　　 　　 　 印生年月日　　 　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）　　　　　　年　　　月　まで |
| 在学する学校又は養成所（令和6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 | □ 履歴書　　　　　　　 　□ 合格通知書（写し）又は在学証明書□ 戸籍抄本　　　　　 　 　□ 成績証明書□ 誓約書（様式第２号）　　□ 連帯保証人の印鑑登録証明書□ 健康診断書（様式第３号）※3ヶ月以内に作成されたもの |