

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） 年 月 まで
在学する学校 又は養成所 (令和5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	