

第1号様式（第2条関係）

病院事業医師修学資金貸与申請書

年 月 日

（あて先）出水市病院事業管理者

申請者 住 所
氏 名 印

出水市病院事業医師修学資金の貸与を受けたいので、出水市病院事業医師修学資金貸与条例第2条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	ふりがな		性別			
	氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
	住所	郵便番号（ ）電話番号（ ）				
	本籍					
申請者の区分	大学生	大学の名称				
		学部・学科	学部	学科	学年	年
		大学の所在地	郵便番号（ ）電話番号（ ）			
		卒業予定年月	年 月卒業見込み			
	大学院生	医師登録番号	第 号	登録日	年 月 日登録	
		大学院の名称				
		大学院の所在地	郵便番号（ ）電話番号（ ）			
		在学予定期間	年 月から 年 月まで			
	臨床研修医	医師登録番号	第 号	登録日	年 月 日登録	
		所属する病院等の名称				
		所属する病院等の所在地	郵便番号（ ）電話番号（ ）			
		修了等予定年月	年 月修了見込み			
修学資金	貸与月額	15万円				
	貸与希望期間	年 月から 年 月まで（ 月間）				
	貸与希望総額	万円（貸与月額×希望月数）				

家族の状況	氏名	続柄	年齢	申請者との同居又は別居の別	職業(勤務先)又は学校名	所得額(年額)
保証人	本籍					
	住所					
	氏名別 性別	男・女	生 月	年 日	年 月 日	続柄
	職業			所得額(年額)		
	勤務先					
保証人	本籍					
	住所					
	氏名別 性別	男・女	生 月	年 日	年 月 日	続柄
	職業			所得額(年額)		
	勤務先					

上記の申請により修学資金の貸与を受けたときは、本人と連帯してその債務を履行することを保証します。

保証人住所
氏名 印

保証人住所
氏名 印

(注1) 保証人のうち1人は親族(申請者が未成年者の場合は、法定代理人)とすること。

(注2) 残る1人の保証人は、経済的に独立した世帯の者とする。