

西和賀町医療従事者養成修学資金貸付申請書

年 月 日

西和賀町長 様

本籍地

住所

ふりがな

氏名

生年月日 年 月 日 生 (歳)

電話 ()

西和賀町医療従事者養成修学資金の貸付けを受けたいので、次のとおり申請します。

修学資金	修学資金の名称	() 修学資金	
	貸付希望金額	月額	円
	貸付希望期間	年 月 から (年 か月) 年 月 まで	
在学する学校 又は養成所	名称		
	所在地		
	科名及び 修学年限	科	年制
	入学及び 卒業年月	(入学) (卒業見込)	年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 合格通知書(写し) 又は在学証明書 <input type="checkbox"/> 履歴書(写真を貼ったもの) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本又は住民票の謄本 <input type="checkbox"/> 学業成績証明書 <input type="checkbox"/> 健康診断書(申請の日の2月前までに作成したもの) <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		