

別 記

様式第1号(第4条関係)

彦根市病院事業看護師等奨学金貸与申請書									
申請者	フリガナ					性別			
	氏名					生年月日			
	住所	〒 —							
	日中連絡先	電話： — — 携帯電話： — —							
養成施設 在学する 施設名	名称					課程			
	所在地								
	入学年月日				卒業予定年月日				
申請者の 学歴および職歴 (中学校以上)	年 月～ 年 月								
	年 月～ 年 月								
	年 月～ 年 月								
貸与希望月額	円			卒業後、勤務希望の職種					
貸与希望期間	年 月 から 年 月まで 計 月間								
連帯保証人	氏名				生年月日				
	住所	〒 —					続柄		
	氏名				生年月日				
	住所	〒 —					続柄		
上記のとおり彦根市病院事業看護師等奨学金の貸与を申請します。 年 月 日 申請者 ⑩ 彦根市病院事業管理者 様 上記の者が貸与を受ける奨学金については、本人と連帯して債務を負担します。 年 月 日 連帯保証人 ⑩ 連帯保証人 ⑩									