

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	〒 ー				
	日中連絡先	電話：	ー	ー	携帯電話：	ー
養成施設名 在学する	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	年	月	～	年	月	
および職歴 (中学校以上)	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	
貸与希望総額	円 (貸与希望月額×貸与希望月数)					
連帯保証人	氏名			生年月日		
	住所	〒 ー			続柄	
	氏名			生年月日		
	住所	〒 ー			続柄	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 Ⓜ</p> <p>彦根市病院事業管理者 様</p> <p>上記の者が貸与を受ける奨学金については、本人と連帯して上記貸与希望総額の範囲内で債務を負担します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">連帯保証人 Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">連帯保証人 Ⓜ</p>						