

留萌市立病院薬剤師修学資金貸付申請書

留萌市病院事業管理者 様

申請者 住 所  
 ふりがな  
 氏 名 (印)  
 生年月日  
 電話番号

親権者又は後見人 住 所  
 ふりがな  
 氏 名 (印)  
 生年月日

修学資金の貸付を受けたいので、留萌市立病院薬剤師修学資金貸付条例の規定により、次のとおり申請します。

記

申請者	本 籍				
	大学等	所 在 地			
		名 称			
		入学年月	平成 年 月	卒業予定年月	平成 年 月
連帯保証人1	(ふりがな) 住 所	〒 ー			
	(ふりがな) 氏 名	(印)	生年月日	申請者との続柄	
連帯保証人2	(ふりがな) 住 所	〒 ー			
	(ふりがな) 氏 名	(印)	生年月日	申請者との続柄	

- ※ 添付書類（申請者）
  - 在学証明書 1通 戸籍謄本 1通 住民票謄本 1通
  - 写真 1枚（パスポートと同規格）
- ※ 添付書類（連帯保証人）
  - 住民票謄本 各1通 納税証明書 各1通 印鑑証明書 各1通