

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

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

住 所  
 ふりがな  
 親権者又は後見人 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。

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

※ 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（申請日の前6カ月以内に撮影した正面、脱帽、上半身の縦45ミリメートル、横35ミリメートルのもの）

※ 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