

看護職員修学資金等貸付申請書

地方独立行政法人公立甲賀病院

理事長 辻川 知之 様

年 月 日

申請者 印

連帯保証人 印

連帯保証人 印

地方独立行政法人公立甲賀病院看護職員修学資金、奨学金及び就職支度金貸付規程により、修学資金等の貸付けを受けたいので申請します。

申請者	住 所	〒 -				
	電話番号					
	携帯電話					
	氏 名			生年月日		
	在学養成施設	所在地			現在学年	学年
		名称			入学年月日	
	貸付希望額	月額金	円	貸付希望期間	年 月 から 年 月 まで	
学 歴	年月日	事 項				
連帯保証人	住 所	〒 -				
	電話番号					
	氏名			生年月日		
				申請者との続柄		
連帯保証人	住 所	〒 -				
	電話番号					
	氏名			生年月日		
				申請者との続柄		

※連帯保証人の限度額は貸付金額(上記の月額貸付希望額に貸付希望期間の月数を乗じた金額)と同額とする。