

(医師修学等資金貸与者用)

年 月 日

地方独立行政法人明石市立市民病院 理事長 様

申請者名

印

令和6年度地方独立行政法人明石市立市民病院
医師修学等資金貸与申請書

地方独立行政法人明石市立市民病院医師修学等資金貸与規程に基づく修学等資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな氏名		生年月日	年 月 日生	性別	男・女	
現住所	〒 (-)		電話番号	-	-	
その他の連絡先(帰省先)	〒 (-)		電話番号	-	-	
大学の名称						
大学の所在地	〒 (-)					
学部学科名			現在の学年	年生		
入学年月	年 月	卒業予定年月	年 月 (見込み)			
貸与希望期間	令和6年 4 月 ~ 年 月 (年間)					
申請額(月額)	15万円 (3~4年生)		20万円 (5~6年生)			
連帯保証人	1	ふりがな氏名	性別	男・女	申請者との関係	
		住所	〒 (-)		電話番号	-
		職業	生年月日	年 月 日生		
	2	ふりがな氏名	性別	男・女	申請者との関係	
		住所	〒 (-)		電話番号	-
		職業	生年月日	年 月 日生		
上記申請者が貸与を受ける修学等資金については、本人と連帯して一切の金銭債務を負担することを約します。						
連帯保証人					印	
連帯保証人					印	

※申請者が未成年者の場合は、連帯保証人のうち1名は法定代理人としてください。

※添付書類 履歴書、健康診断書(3か月以内に作成されたもの)、在学証明書、大学の推薦状