

様式第1号(第2条関係)

市立病院等医療技術職員修学資金貸与申請書					
(あて先) 南魚沼市長					年 月 日
申請者 住 所 (ふりがな) 氏 名 生年月日 年 月 日					
下記のとおり市立病院等医療技術職員（職種 ）修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。					
貸与を受けようとする期間		年 月 日から 年 月 日まで			
在学している 養成施設	名 称				
	所 在 地				
	入学年月日	年 月 日 卒業見込年月日 年 月 日			
高等学校入学 以降の学歴	年 月				
	年 月				
	年 月				
連帯保証人となるべき者	住 所				
	氏 名 (生年月日)				
	職 業				
	本人との 続 柄				
	年 収				
	資産の状況				
家族及び生計の 状 況	続柄	氏 名	年齢	職業	年 収

(注) 年収欄は、前年の収入額を記載すること。