

様式第1号（第2条関係）

修学資金貸与申請書

年 月 日

(宛先)北茨城市民病院事業管理者

申請者 氏 名 印

下記のとおり修学資金の貸与を受けたいので、北茨城市医師修学資金貸与条例施行規程第2条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

申 請 者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日生	
	在籍大学の名称 及び学部名並び に在籍学年	大学		学部	年
	現住所	〒		電話	( )
	帰省先 の住所	〒		電話	( )
連 帯 保 証 人	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日生	
	現住所	〒		電話	( )
連 帯 保 証 人	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日生	
	現住所	〒		電話	( )
				申請者 との関係	

貸与希望期間	年 月から	年 月まで
振込口座	銀行 店 預金種目	口座番号

備考 「振込口座」欄に記載する口座の名義人は、申請者と同一であること。