

## 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

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		歳	
	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。