

第 1 号様式(第 2 条関係)

医学生等修学資金貸付申請書兼誓約書

年 月 日

藤枝市病院事業管理者 宛

申請者 ㊟

下記のとおり修学資金の貸付けを受けたいので、藤枝市医学生等修学資金貸付条例第 5 条の規定により申請します。

なお、貸付けの決定を受けた場合は、同条例の規定を遵守するとともに、卒業後は藤枝市立総合病院の医療職員として勤務することを誓います。

本 籍					
住 所					
(ふりがな) 氏 名					
生 年 月 日	年 月 日生	電 話	( )		
在 学 し て い る 養 成 施 設	名 称		入 学 年 月	年 月	
	学部及び学科		卒 業 予 定 年 月	年 月	
	所 在 地		現 学 年		
貸与を受けようとする期間	年 月 から 年 月 まで( か月)				
就職希望職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師				
藤枝市立総合病院を志望する理由					
家 族 の 状 況	家族の住所			電 話	( )
	続 柄	氏 名	年 齢	職 業 又 は 勤 務 先	

(裏面)

(連帯保証人)

私どもは、貸付けを受けようとする者が修学資金の貸付けを受けた場合は、藤枝市医学生等修学資金貸付条例の規定を遵守し、修学資金の償還義務が生じたときは、償還債務を連帯して負担します。

本籍			
住所			
(ふりがな) 氏名	⑩		
本人との続柄	電	自宅	( )
生年月日	年 月 日生	話	その他 ( )
職業又は勤務先			
連帯保証人が支払の責任を負う極度額	金	円	

本籍			
住所			
(ふりがな) 氏名	⑩		
本人との続柄	電	自宅	( )
生年月日	年 月 日生	話	その他 ( )
職業又は勤務先			
連帯保証人が支払の責任を負う極度額	金	円	

(注)

- 1 申請者欄への記入は、申請者本人が自署してください。
- 2 連帯保証人欄への記入は、必ず連帯保証人本人が自署してください。
- 3 連帯保証人は、独立の生計を営み、かつ、年齢が 20 歳以上の者としてください。
- 4 連帯保証人の印は、印鑑証明書により証明された印を押印してください。

(添付書類)

- 1 在学証明書(入学決定者にあつては、養成施設の合格を証する書類)
- 2 学業成績証明書(第 1 学年に在籍している方は不要)
- 3 戸籍抄本又は戸籍登録事項一部証明書
- 4 住民票抄本
- 5 履歴書(写真添付)
- 6 連帯保証人(2 人)の印鑑証明書
- 7 その他病院事業管理者が必要と認める書類