

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 番 号	()		
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 番 号	()
	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	電話番号	自宅	()
生年月日	年 月 日生	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	電話番号	自宅	()
生年月日	年 月 日生	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18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