

様式第 1 号（第 2 条関係）

令和 年 月 日

南部町長 工 藤 祐 直 様

申請者 ⑩

医師修学資金貸付申請書

南部町医師修学資金貸付条例に基づく修学資金の貸付けを受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

(ふりがな) 氏 名				生 年 月 日		年 月 日生				
本 籍 地										
現 住 所		郵便番号() 電話番号()								
大 学		名 称		学 部 ・ 学 科 名		学 年				
		所 在 地								
申 請	貸 付 総 額				円	※ 決 定	貸 付 総 額			円
	貸 付 月 額				円		貸 付 月 額			円
	貸 付 期 間		令和 年 月 から 令和 年 月 まで				貸 付 期 間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで		
家 族 の 状 況	続 柄	年 齢	氏 名	職 業		勤 務 先	年 収 (税 込)		摘 要	
							約 万円			
							約 万円			
							約 万円			
							約 万円			
実家の住所										
郵便番号() 電話番号()										

	主な資産 約 万円		主な負債 約 万円				
法定代理人 連帯保証 の 状況	1	氏名		生年月日	申請者との続柄		
		住所					郵
		便番号 ()		電話番号 ()			
		職業	年収 約 万円	主な資産 約 万円	主な負債 約 万円	主	
	2	氏名		生年月日	申請者との続柄		
		住所					郵
		便番号 ()		電話番号 ()			
		職業	年収 約 万円	主な資産 約 万円	主な負債 約 万円		
	上記申請者が修学資金の貸付けを受けた場合は、連帯して債務を負担することを約します。						
	法定代理人（連帯保証） ⑩						
法定代理人（連帯保証） ⑩							
振込口座	銀行名		支店名		口座番号		

他の修学資金等の貸与の有無 有 ・ 無

(有の場合はその名称等：)

注 ※欄には記入しないこと。

法定代理人（連帯保証）の印鑑は、印鑑登録しているものを使用下さい。

様式第2号（第2条関係）

誓 約 書

私は、南部町医師修学資金貸付条例に基づき、修学資金の貸付けを受けることになったときは、同条例に定める修学生として学業に専念し、修学後は、地域医療に貢献するため、南部町が開設する病院に医師として従事することを誓います。

令和 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

印

南部町長 工 藤 祐 直 様