

第1号様式（第1条関係）

（表）

市立病院助産師修学資金貸与申請書

年 月 日

いわき市病院事業管理者 様

申請者 本 籍
 住 所
 氏 名 ④
 生年月日 年 月 日
 性 別 男・女

市立病院助産師修学資金の貸与を受けたいので、いわき市市立病院助産師修学資金貸与条例第2条の規定により、下記のとおり申請します。

記

貸与 申請額	月額	円	貸与 期 間	年 月 日から 年 月 日まで			
助産師 養成 施設	名 称						
	学部・学科	学 部	学 科	学 年 年			
	所 在 地	郵便番号() 電話番号()					
	入 学 年 月 日	年 月 日	卒業見込 年 月 日	年 月 日			
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	職 業	勤 務 先	年 収 (税込み)	住 所

(裏)

保 証 人	本籍					
	住所					
	氏名別 性	男・女	生 月	年 日	年 月 日	続 柄
	職業			年収(税込み)		
	勤務先					
保 証 人	本籍					
	住所					
	氏名別 性	男・女	生 月	年 日	年 月 日	続 柄
	職業			年収(税込み)		
	勤務先					

上記の申請について同意します。

親 族 住 所
氏 名

㊞

上記の申請により修学資金の貸与を受けたときは、本人と連帯してその債務を履行することを保証します。

保 証 人 住 所
氏 名

㊞

保 証 人 住 所
氏 名

㊞