

第1号様式（第1条関係）

（表）

市立病院医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  
 生年月日 年 月 日  
 性 別 男・女

市立病院医師修学資金の貸与を受けたいので、いわき市市立病院医師修学資金貸与  
 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	
大 学	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 日 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