

別記様式第1号（第3条第1項関係）

令和 年 月 日

最上町長 高橋 重美 殿

住 所

氏 名

㊞

最上町国民健康保険直営診療施設等人材育成修学資金貸与申請書

次により、保健師、助産師、看護師及び理学療法士、作業療法士並びに医師、歯科医師、
薬剤師、放射線技師修学資金の貸与を受けたいので関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日生
本 籍 地			
現 住 所	〒		
	〒		
	電話番号	()	寮・下宿・間借・他
貸与希望期間及 び月額	年 月 日から	年 月 日まで (計 月)	(月額 円)
在学している学 校又は養成施設	名称		
	所在地		
	入学年月	年 月	卒業予定 年 月
	取得しようとする資格		
高等学校入学以 後の学歴	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

連帯保証人 (保護者以外)	氏名	男・女		年 月 日生			
	本籍					本人との続柄	
	住所						
	職業			年収 (税込)			
家族及び生計の状況	本籍						
	住所	TEL ()					
	住所	TEL ()					
	続柄	氏名	年齢	同居・別居の別	職業	勤務先及び学校名	年収
これ以外の奨学金	奨学金名	種別	貸与期間		月額	摘要	
			年 月～	年 月			
			年 月～	年 月			
健康状態	良好 通院	特記事項 (手術・通院等について)					
修学資金の貸与を希望する理由							

※ 添付書類 在学証明書、戸籍抄本、成績証明書、家計収入に関する証明書

※ 住所を変更した場合は、直ちに届け出てください。