

医療技術職修学資金貸与申請書

年 月 日

串本町病院事業管理者 様

申請者（本人）

住 所

氏 名

㊞

生年月日

年

月

日生

くしもと町立病院医療技術職修学資金貸与規程に基づき修学資金の貸与を受けたいので、下記のとおり申請します。

医療技術職養成学校	名 称	
	所 在 地	
	修学期間	(自) 年 月 日
		(至) 年 月 日
連 帯 保 証 人 (親 権 者)	住 所	
	氏 名	
連 帯 保 証 人	住 所	
	氏 名	

上記の者が貸与を受ける医療技術職修学資金について、本人と連帯して債務を負担し、その履行について責任を負います。

年 月 日

連帯保証人
(親権者)

㊞

連帯保証人

㊞