

第1号様式（第1条関係）

（表）

香川労災病院医師修学資金貸与申請書

年 月 日

香川労災病院 院長 殿

申請者 住 所
氏 名 ⑩
生年月日 年 月 日
性 別 男・女

香川労災病院医師修学資金の貸与を受けたいので、香川労災病院医師修学資金貸与規程第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)	住 所

(裏)

保証人	本籍					
	住所					
	氏名		生 年 月 日	年 月 日	続柄	
	性別	男・女				
	職業			年収 (税込み)		
	勤務先					
保証人	本籍					
	住所					
	氏名		生 年 月 日	年 月 日	続柄	
	性別	男・女				
	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

㊞