

修学生番号	
-------	--

年 月 日

山形県知事 吉村 美栄子 殿

住 所
氏 名

(記名押印又は署名)

山形県看護職員修学資金貸与申込書

次により、山形県看護職員修学資金の貸与を受けたいので申請します。

ふりがな 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日生				
在学する養成 施設等		入学年月	年 月				
就業年限及び 申請者が現在 属する学年	修業年限 現在属する学年 年 年	卒業(修了)予定	年 月				
現 住 所	〒	電 話	()				
保護者の住所	〒	電 話	()				
他の資金の受給(借用)の有無	有 ・ 無	資金の名称 ()					
家 族 の 状 況	続 柄	氏 名	年齢	同居別居の別	職 業	勤務先及び 学 校 名	年 収
連 帯 保 証 人 1	氏 名	印 男・女	生 年 月 日	年 月 日生			
	本人との続柄		本人と生計を一にする者の該当の有無	有 ・ 無			
	住 所		電 話	()			
	職業及び勤務先		年 収				
連 帯 保 証 人 2	氏 名	印 男・女	生 年 月 日	年 月 日生			
	本人との続柄		本人と生計を一にする者の該当の有無	有 ・ 無			
	住 所		電 話	()			
	職業及び勤務先		年 収				

備考 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 申請者の在学証明書、戸籍謄本及び住民票
- (2) 連帯保証人の住民票
- (3) その他知事が必要と認める書類