

様式第1号（第2条関係）

奨学金貸与申請書

年 月 日

（宛先）伊勢市病院事業管理者

申請者氏名

⑩

市立伊勢総合病院医師及び看護師奨学金の貸与に関する条例第5条の規定により、次のとおり申請します。

奨学金の種類		<input type="checkbox"/> 医師奨学金		<input type="checkbox"/> 看護師奨学金	
申請に関する期間		年 月 日から		年 月 日まで	
本人	ふりがな			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名				
	現住所 及び電話番号	〒 ()			
	帰省先住所 及び電話番号	〒 ()			
	在学している学校	名称		入学(入所)年月	年 月
所在地			卒業予定年月	年 月	
連帯保証人	上記の者が貸与を受ける奨学金の返還については、本人と連帯して債務を負担します。				
			連帯保証人		連帯保証人
	ふりがな				
	氏名			⑩	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)		年 月 日 (満 歳)	
	住所	〒		〒	
	電話番号				
	職業				
本人との関係					
添付書類	申請者の在学証明書 申請者の履歴書 連帯保証人の世帯全員の住民票の写し 連帯保証人の前年の所得証明書 その他 ()				

記入例

様式第1号 (第2条関係)

奨学金貸与申請書

平成 〇〇年〇月〇日

(宛先) 伊勢市病院事業管理者

申請者氏名 伊勢 花子

伊勢

市立伊勢総合病院医師及び
次のとおり申請します。

いずれかにチェック

に関する

卒業予定年月日を記入

奨学金の種類	<input type="checkbox"/> 医師奨学金 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師奨学金			
申請に関する期間	平成 〇〇年 4月 1日から 平成 〇〇年3月31日まで			
本人	ふりがな	いせ はなこ	生年月日	平成〇年〇月〇日 (満 〇〇歳)
	氏名	伊勢 花子		
	現住所 及び電話番号	〒516-0014 伊勢市楠部町〇〇〇〇番地 0596 (〇〇) 〇〇〇〇		
	帰省先住所 及び電話番号	〒 同上		
	在学している 学校	名称	〇〇高等学校	入学(入所)年月
所在地		伊勢市〇〇町〇番地	卒業予定年月	平成〇年〇月
連帯保証人	上記の者が貸与を受ける奨学金の返還については、本人と連帯して債務を負担します。			
		連帯保証人	連帯保証人	
	ふりがな	いせ たろう	いすず じろう	
	氏名	伊勢 太郎	五十鈴 次郎	
	生年月日	平成〇年〇月〇日 (満 〇〇歳)	平成〇年〇月〇日 (満 〇〇歳)	
	住所	〒516-0014 伊勢市楠部町〇〇〇〇番地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 伊勢市〇〇町〇〇番地	
	電話番号	0596 (〇〇) 〇〇〇〇	0596 (〇〇) 〇〇〇〇	
職業	会社員	自営業		
本人との 関係	父	叔父		
添付書類	申請者の在学証明書 申請者の履歴書 連帯保証人の世帯全員の住民票の写し 連帯保証人の前年の所得証明書 その他 ()			