

第1号様式（第2条関係）

年 月 日

佐川町病院事業管理者 様

申請者 住所
 氏名 ⑩
 電話番号
 親権者又は未成年後見人
 住所
 氏名 ⑩
 電話番号

奨学金貸与申請書

佐川町病院事業薬剤師人材育成奨学金貸与条例第2条第1項の規定に基づき奨学金の貸与を受けたいので、次のとおり佐川町病院事業薬剤師人材育成奨学金貸与条例施行規則第2条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

貸与申請期間	年 月 ～ 年 月		
ふりがな			
氏名	生年月日	年 月 日	
本籍			
現住所			
出身高等学校等	年 月卒業 立	学校	
在学する 養成課程	名称 所在地		
入学年月	年 月	養成課程卒業予定年月	年 月

貸与を受ける奨学金の返還の債務については、申請者と連帯して、その責任を負います。

年 月 日

連帯保証人 本籍
 住所
 氏名 ⑩
 電話番号
 連帯保証人 本籍
 住所
 氏名 ⑩
 電話番号

- 注 1 申請者が未成年である場合は、親権者又は未成年後見人が連署してください。
 2 この申請書に押印した申請者、親権者又は未成年後見人及び連帯保証人の印鑑について、市町村長の証明書を添えてください。
 3 この申請書には、身上調書（別記第2号様式）、戸籍抄本、誓約書（別記第3号様式）、在学する養成課程の在学証明書、申請者の属する世帯の収入を証明する所得証明書及び連帯保証人の収入を証明する所得証明書を添えてください。

第1号様式（第2条関係）

年 月 日

佐川町病院事業管理者 様

申請者 住所
 氏名 ⑩
 電話番号
 親権者又は未成年後見人
 住所
 氏名 ⑩
 電話番号

奨学金貸与申請書

佐川町病院事業薬剤師人材育成奨学金貸与条例第2条第1項の規定に基づき奨学金の貸与を受けたいので、次のとおり佐川町病院事業薬剤師人材育成奨学金貸与条例施行規則第2条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

貸与申請期間	年 月 ～ 年 月		
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
本籍			
現住所			
出身高等学校等	年 月卒業 立	学校	
在学する 養成課程	名称 所在地		
入学年月	年 月	養成課程卒業予定年月	年 月

貸与を受ける奨学金の返還の債務については、申請者と連帯して、その責任を負います。
 年 月 日

連帯保証人 本籍
 住所
 氏名 ⑩
 電話番号

連帯保証人 本籍
 住所
 氏名 ⑩
 電話番号

注 申請者が未成年である場合は、親権者又は未成年後見人が連署してください。