

医療職等奨学資金申請書

平成 年 月 日

せたな町長 高橋 貞光 様

申請者 氏名 ㊟

次のとおり医療職等奨学資金を借受けたいので、せたな町医療職等奨学資金貸付条例第5条第1項の規定により申請します。

1 本籍地

2 住所

3 氏名

4 生年月日 平成 年 月 日

5 入学予定又は在学中の医療職等養成施設の名称

科名

所在地

入学期日 平成 年 月 日

6 連帯保証人

(1) 本籍地

住所

氏名、性別

男・女

生年月日 年 月 日

職業

(2) 本籍地

住所

氏名、性別

男・女

生年月日 年 月 日

職業

7 申請理由