様式第１号

医 療 職 等 奨 学 資 金 申 請 書

令和　　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　　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　　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