

(表)

保健師等修学資金貸与申請書

					決定番号	
氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	住所			
	男 ・ 女	年 月 日	電話番号	— —		
貸与申請額	月額 円		貸与期間	年 月から 年 月まで		
在学(所)する 養成施設の名 称及び所在地	名称	(課程)				
	所在地					
申請者及び申請者の主たる生計維持者の状況						
氏名	続柄	年齢	職業・学校	同居・別居の別	前年の所得	
	本人			/	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
/			前年の所得合計			円

(裏)

同種の修学のための資金の借受又は受給の有無				有 ・ 無		
連 帯 保 証 人	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	本人と の関係	
	住 所		勤 務 先	電話番号 — —		
	電 話 番 号	— —	前年度の年収	税込み 千円		
連 帯 保 証 人	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	本人と の関係	
	住 所		勤 務 先	電話番号 — —		
	電 話 番 号	— —	前年度の年収	税込み 千円		
振 込 口 座 番 号	銀行 支店 普通・当座 番号()					

備考 振込口座番号は、申請者本人の名義のものに限る。

上記記載事項に相違ありません。

福島県保健師等修学資金貸与条例の規定による保健師等修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、貸与を受けるときは、上記指定口座へ振り込んでください。

年 月 日

福島県知事

申請者 氏名 (署名)

(申請者が未成年の場合)

上記の申請について、同意します。

親権者又は後見人 氏名 (署名)

上記の申請により保健師等修学資金の貸与を受けたときは、その返還について連帯してその責めを負います。

連帯保証人 氏名 (署名)

連帯保証人 氏名 (署名)