

(表)

年 月 日

一関市長 様

申請者 氏名

医療介護従事者修学資金貸付に係る予約者選考申込書

医療介護従事者修学資金の貸付に係る予約者選考を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて、申し込みます。

ふりがな 氏 名		貸付希望額	入学一時金 月額貸付金	円 円
生年月日	年 月 日	貸付希望期間 (月額貸付金)		年度分から 年度分まで
ふりがな 住 所	(郵便番号 — )  電話番号 ( — )			
本 籍 地	都・道・府・県			
取得予定資格				
進学予定 学 校 等	名 称			
	所 在 地	(郵便番号 — )  電話番号 ( — )		
	入学年月日	年 月 日	卒業予定 年 月	年 月
現在貸付け を受けてい る修学資金 等 (予定も 含む)	修学資金等 の 名 称			
	借 受 期 間	年 月から		
	借 受 金 額	月 額	年 額	円 円

(裏)

家族の状況	ふりがな氏名	続柄	年齢	同居・別居の別	職業（勤務先）又は学校	年間収入額
		本人	歳			円
家族の住所		(郵便番号 — )				電話番号 ( — )
連帯保証人	ふりがな氏名					
	生年月日	年 月 日	年 月 日			
	住所	(郵便番号 — )	(郵便番号 — )	電話番号 ( — )	電話番号 ( — )	
	本籍地	都・道・府・県			都・道・府・県	
	職業					
申請者との関係						

備考 連帯保証人の氏名欄は、連帯保証人の署名によるものとする。