

邑楽館林医療企業団医師育成修学資金貸与申請書

決定番号	第	号
------	---	---

邑楽館林医療企業団 企業長 様

申請者（本人）氏 名 印

修学資金の貸与を受けたいので、次について誓約したうえで申請します。

1. 貸与の決定を受けた場合は、邑楽館林医療企業団医師育成修学資金貸与条例並びに規則を遵守することを誓約します。
2. 修学資金に返還債務が生じたときは、返還期間内に誠意をもって返還することを誓約します。
3. 修学資金の返還債務を怠ったとき又は遅延したときは、当然に期限の利益を失い、返還金の全部又は一部について直ちに返還を命じられても異議はありません。
4. 保証人は、返還債務を本人と連帯して負担します。

申請者情報	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年	月	日生（満	歳）	
	住所（現住所）	〒	—			
	住所（実家）	〒	—			
	電話番号 （自宅・携帯）					
	メールアドレス					
口座情報 （本人情報）	金融機関名	銀行			支店	
	口座番号					
	フリガナ 口座名義人					
貸与申請期間及び 貸与申請金額	貸与申請期間			貸与申請金額		
	自	年	月	日	総額	円
	至	年	月	日	（月額	円）
	（ 年 月）					
学歴	入学年月	卒業年月		学校名・学部・学科 （高等学校入学から記入して下さい。）		
	年 月入学	年 月	卒業 見込 中退			
	年 月入学	年 月	卒業 見込 中退			
	年 月入学	年 月	卒業 見込 中退			
家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業又は勤務先	家族の住所	電話番号

（写真貼付欄）

縦 4.5cm×横 3.5cm

- 1 正面、上半身、脱帽、無背景で本人であることが完全に識別できるもの
- 2 3か月以内に撮影したもの
- 3 しっかりのりづけのこと

生計を一にする者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		年 月 日生	年 月 日生
	本人との続柄			
	住所		(電話)	(電話)
	職業			
	勤務先	所在地		
		名称		
		職名		
	所得額 (税込額)		年間 円	年間 円
参考事項				
連帯保証人	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		年 月 日生	年 月 日生
	本人との続柄			
	住所		(電話)	(電話)
	職業			
	勤務先	所在地		
		名称		
		職名		
	所得額 (税込額)		年間 円	年間 円
参考事項				
申請の理由				

※連帯保証人の欄は、保証人2名がそれぞれ署名し、記入すること。
(添付書類)

- 1 戸籍抄本
- 2 在学(卒業)証明書
- 3 成績証明書
- 4 その他企業長が必要と認める書類