

様式第 1 号（第 2 条関係）

豊後大野市民病院薬剤師修学資金貸与申請書（新規・継続）

年 月 日

豊後大野市民病院事業管理者 様

貸与申請者

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、豊後大野市民病院薬剤師修学資金の貸与を受けたいので、豊後大野市民病院薬剤師修学資金貸与条例施行規程第 2 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 在学する大学名等

(1) 大 学 名 \_\_\_\_\_

(2) 課 程 名 \_\_\_\_\_

(3) 学 年 第 \_\_\_\_\_ 学年

2 貸与申請金額

月額 金 **100,000** 円

3 貸与申請期間

年 月 から 年 月まで

4 貸与を希望する理由