

様式第1号（第2条関係）

豊後大野市民病院薬剤師就業支度金貸与申請書

令和 年 月 日

豊後大野市病院事業管理者 様

貸与申請者

郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

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就業支度金の貸与を受けたいので、豊後大野市民病院薬剤師就業支度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 市民病院勤務 有 ・ 無
(勤務期間) _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

2 貸与申請金額 申請金額 金 _____ 円

3 貸与希望日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃までに

4 貸与を希望する理由 小論文のとおり