

医師奨学金貸与申請書

鳥取市立病院
鳥取市病院事業管理者 様

鳥取市立病院医師奨学金貸与条例第2条の規定に基づき医師奨学金の貸与を受けたいので、鳥取市立病院医師奨学金貸与条例の施行に関する規程第4条の規定により、連帯保証人となる者と連署し、関係書類を添えて次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者（本人）住 所 〒

氏 名 ①

生年月日 年 月 日

電話番号（ ） —

大 学 名	
学部・学科名	
学 年	
貸与希望期間	年 月分から 年 月分まで

上記の申請に同意し、申請者が奨学金の貸付けを受けたときは保証人となり連帯して債務を負担します。

連帯保証人 住 所 〒

氏 名 ①

本人との関係

連帯保証人 住 所 〒

氏 名 ①

本人との関係

- 注 1 申請者（本人）欄は、本人が自署・押印し、履歴書（様式第2号）、住民票の写し、大学の学部及び学年が記載された在学証明書、誓約書（様式第3号）を添えてください。
- 2 連帯保証人欄は、連帯保証人が自署・押印し、連帯保証人の収入を証明する所得証明書と押印した印鑑の印鑑登録証明書（市町村長の証明書）を添えてください。