

(表)
入 学 一 時 金 貸 与 申 請 書

年 月 日

仙北市長 様

申請者
氏 名 印

入学一時金の貸与を受けたいので、仙北市医師修学資金貸与条例第4条第1項の規定により、申請します。

本 籍						
住 所	郵便番号					
	電話番号					
(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日			
		年 齢	歳			
帰省先住所	郵便番号					
	電話番号					
大 学 又 は 養 成 機 関 名	学部 学科 (学年)					
所 在 地						
入 学 年 月	年 月 卒業見込み年月 年 月					
入 学 一 時 金	金 円					
家族の状況						
続柄	氏 名	年齢	勤務先又は住所	職業	年収	摘要
父						
母						
本人						

(裏)

申請理由			
連帯保証人			
本	籍		
住	所	郵便番号	
		電話番号	
(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
		年 齢	歳
申請者との続柄	職 業	勤 務 先	

上記の申請について同意します。

親権者又は未成年後見人

本 籍

住 所

氏 名

⑩

上記の申請により申請者が入学一時金の貸与を受けたときは、申請者と連帯してその返還の債務を履行します。

年 月 日

連帯保証人

氏 名

⑩