様式第１号（第３条関係）

修学資金貸与申請書

年　　月　　日

　茨城県知事　　　　　殿

申請者　氏名

　茨城県地域医療薬剤師修学資金の貸与を受けたいので、茨城県地域医療薬剤師修学資金貸与条例施行規則第３条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ  氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
|  |
| 在籍大学の名称並びに在籍学部及び学科の名称並びに在籍学年 |  | | | |
| 現住所 | 〒  電話　　　（　　） | | | |
| 帰省先の住所 | 〒  電話　　　（　　） | | | |
| 連帯保証人 | フリガナ  氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
|  |
| 現住所 | 〒  電話　　　（　　） | | 申請者との関係 |  |
| 連帯保証人 | フリガナ  氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
|  |
| 現住所 | 〒  電話　　　（　　） | | 申請者との関係 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 貸与希望期間 | 年　　月から　　年　　月まで |
| 振込口座 | 銀行　　　　店　　預金種目　　　　口座番号 |
| 卒業後の就業希望地 | 保健医療圏 |

備考　「振込口座」欄に記載する口座の名義人は、申請者と同一であること。