

別記

第1号様式（第2条関係）

令和 3 年 月 日

大隅4市5町保健医療推進協議会  
会長 中西 茂 様

申請者 住所  
氏名 印  
親権者又は未成年後見人  
住所  
氏名 印

大隅地域助産師奨学資金貸与申請書

大隅地域助産師奨学資金の貸与を受けたいので、次のとおり大隅地域助産師奨学資金貸与施行規則第2条の規定により関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年月日
	現住所	電話番号		
	本籍地			
	在学する 養成施設	名称		
		所在地		
	貸与希望金額	月額	円	
	入学年月日	年月日（助産師課程の履修開始 年月）		
	卒業予定年月	年月		
	奨学資金の貸与を希望する理由			
親 権 者 又 は 未 成 年 後 見 人	フリガナ		続柄	生年月日
	氏名			年月日
	職業		年間収入見込額	
	現住所	電話番号		
	本籍地			
	勤務先	電話番号		

家族状況	続柄	氏名	生年月日	職業又は学校・学年	年収	入
			年 月 日			円
			年 月 日			円
			年 月 日			円
			年 月 日			円
			年 月 日			円
			年 月 日			円
連帯保証人	フリガナ		続柄	生年月日		
	氏名			年 月 日		
	職業		年間収入見込額			
	現住所	電話番号				
	本籍地					
	勤務先	電話番号				
	フリガナ		続柄	生年月日		
	氏名			年 月 日		
	職業		年間収入見込額			
	現住所	電話番号				
	本籍地					
	勤務先	電話番号				

令和 3 年 月 日

大隅4市5町保健医療推進協議会会長 様

誓 約 書

私は、大隅地域助産師奨学資金貸与規程の規定に基づき、奨学資金の貸与を受けることになったときは、同規程の規定を遵守し、奨学資金の返還その他の義務について署名連帯の責任を負いますことを誓約いたします。

申請者 氏名 印

連帯保証人 氏名 印

連帯保証人 氏名 印

- 注 1 申請者が未成年である場合は、親権者又は未成年後見人を記入してください。
- 2 連帯保証人は、成年者で、独立の生計を営み、かつ、将来奨学資金の返還の責を負うことができる者を2人記入してください。
- 3 この申請書には、被貸与者推薦書、助産師養成施設等の在学証明書、助産師課程を履修していることを証明する書類、申請者の世帯の収入を証明する所得証明書及び連帯保証人の収入を証明する所得証明書、その他必要書類を添えてください。