

第1号様式（第6条第1項）

支援金貸付申請書

年 月 日

地方独立行政法人
香取おみがわ医療センター理事長 様

申請者 氏名 (印)
連帯保証人 氏名 (印)
連帯保証人 氏名 (印)

香取おみがわ医療センター薬剤師奨学金返還支援金の貸付けを受けたいので、地方独立行政法人香取おみがわ医療センター薬剤師奨学金返還支援金貸付規程第6条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな				生年月日	年 月 日生 (歳)	
氏 名						
住 所	〒 電話番号 ()					
就職（予定）年月日	年 月 日					
支援金貸付申請額（月額）	1月あたり 円					
支援金貸付申請期間	年 月から 年 月まで					
貸付対象 奨学金	奨学金の名称					
	奨学金貸与機関の名称					
	借入総額	円				
	借入残額	円				
	1月あたりの返還額	1月あたり 円				
	奨学金返還期間	年 月 日から 年 月 日まで				
	返還を支援するための他の制度の利用	有 ・ 無 (有の場合、制度の名称：)				
連 帯 保証人	氏名		生年月日	年 月 日生	申請者との続柄	
	住所	〒 電話番号 ()			職業	
連 帯 保証人	氏名		生年月日	年 月 日生	申請者との続柄	
	住所	〒 電話番号 ()			職業	

※添付書類

- (1) 貸付対象奨学金を貸与した機関が発行する当該奨学金の貸与を証する書類及び返還すべき金額を証する書類
- (2) 貸付対象奨学金の返還計画を確認できる書類
- (3) 既に貸付対象奨学金の返還を行っている申請者にあつては、貸付対象奨学金の返還の事実を確認できる書類
- (4) その他理事長が必要と認める書類