様式第１号（第４条関係）

|  |
| --- |
| 看護師等確保対策修学資金貸与申請書　　　　年　　月　　日　　南信州広域連合長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本　人　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）南信州広域連合看護師等確保対策修学資金貸与条例の規定に基づき、看護師等確保対策修学資金の貸与を次のとおり申請します。 |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　　 －　　　　 －　　　　 |
| ふりがな氏　　　名 |  | 生　年月　日 | 　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
|  |
| 在学する養成施設 | 所 在 地 |  | 現　在学　年 | 　　　　　　　　　学年 |
| 名　　称 |  | 入　学年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 学部学科 | 　　　　　　学部　　　　　　学科 | 卒業見込年月 | 　　　　年　　月 |
| 課　　　程 | 准看護師 ・ 看護師２年 ・ 看護師３年 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 短大 ・ 大学 |
| 卒業後の意思（就業･進学の別） | １ 就業　※区域内の指定施設（返還免除対象施設）に限る２ 進学（　保健師　・　助産師　・　看護師　・その他（　　　　　　　　）） |
| 前年度在学校 | １ 現在の養成施設　・　２ 現在と異なる学校（　　　　　　　　　　　　学校） |
| 他の修学資金・奨学金の利用 | １ 利用しない２ 申請中又は利用中（制度名等：　　　　　　　　　　　　　）（貸与期間：　　年　　月～　　年　　月　貸与金額：　　　　　　円/月・年） |
| 本人の健康告知 | １ 健康　・　２ その他（その他の場合には診断書を添付すること。） |
| 希望貸与月額 | 　　　　　　　円 |
| 希望貸与期間 | 　　　　　年　　　月　～　　　　　　年　　　月（　　　年間） |
| 連 帯 保 証 人 | 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　　 －　　　　 －　　　　 |
| ふりがな氏名 |  | 生　年月　日 | 　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 本人との続柄 |  | 職　業 |  |
| 勤務先名称 |  | 年　収 | 　　　　　　　　　　円 |

※各欄に記入、又は該当項目に○印をしてください。

※連帯保証人は氏名を自署し、連帯保証人の印は、印鑑登録された印鑑を押印してください。