

看護師等確保対策修学資金貸与申請書

令和 年 月 日

南信州広域連合長

申請者氏名

(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 (年齢) 年 月 日 (歳)
在学する 養成施設	所在		現在 学年 学年
	名称		入学 年月日 令和 年 月 日
	学部 学科	学部 学科	卒業見 込年月 令和 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・進学の場合)	1 就業 ※圏域内の指定施設（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：令和 年 月～令和 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 （上限50,000円）		
希望貸与期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月 （ 年間）		
連 帯 保 証 人	住所	〒	
	電話番号	— —	
	ふりがな 氏名	印	生年 月日 (年齢) 年 月 日 (歳)
	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。

※連帯保証人の氏名は自署とし、印鑑登録された印鑑を押印してください。