

静岡市立静岡病院看護師等修学資金貸与申請書

(宛先) 静岡市立静岡病院理事長

申請日 年 月 日

申請者 氏名 印

写真貼付
2.5cm×3.5cm
正面・上半身・脱帽で提出日前3か月以内に撮影

静岡市立静岡病院看護師等修学資金の貸与を受けたいので、地方独立行政法人静岡市立静岡病院看護師等修学資金貸与規程第4条の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ 氏名			昭和・平成 年 月 日 生			
			(歳)		※ 令和7年4月1日現在	
連絡先	現住所	〒 -		Tel - -		
	帰省先 (上記と同じ場合は記入不要)	〒 -		Tel - -		
	E-mail:	Tel (緊急時)				
学歴	高校	科	H・R 年 月 入学			
			H・R 年 月 卒業			
	短大・高専	学部	H・R 年 月 入学			
	専門・大学・院	科	H・R 年 月 卒・卒見込			
	短大・高専	学部	H・R 年 月 入学			
	専門・大学・院	科	H・R 年 月 卒・卒見込			
貸与	貸与を受けようとする期間	令和 年 月から 令和 年 月まで (計 月)				
	貸与を受けようとする金額	合計金額 円(月5万円×貸与を受けようとする期間(月))				
養成施設	学年 (令和7年度)	年				
	所在地	〒 -		(Tel - -)		
	取得予定資格	看護師 ・ 助産師 ・ その他 ()				
家族状況	氏名	続柄	年齢	職業又は勤務先	住所	電話番号