

様式第3号(第2条関係)

研究資金貸与申請書

年 月 日

(申請先) 伊南行政組合病院事業管理者

申請者氏名

印

連帯保証人氏名

印

連帯保証人氏名

印

下記のとおり研究資金の貸与を受けたいので、伊南行政組合病院事業医師確保修学資金等貸与条例施行規程第2条の規定により申請します。

記

ふりがな 氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日生 (満 歳)	
住 所	(電話番号)			
貸与を希望する研究資金(いずれかに)				
3年資金		2年資金		
貸与申請額	円			
申請理由(今後の就業予定を含む。)				
長野県医師研究資金被貸与者の該当の有無		有(県からの貸与額) 円) 無		
連帯保証人	ふりがな 氏名	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (満 歳)	
	本 籍	申請者との 関係		
	住 所	電 話		
	職 業	年 収	年 円	
	申請者が貸与を受ける研究資金については、本人と連帯して責任を負います。			
	ふりがな 氏名	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (満 歳)	
	本 籍	申請者との 関係		
	住 所	電 話		
	職 業	年 収	年 円	
	申請者が貸与を受ける研究資金については、本人と連帯して責任を負います。			

(注) 連帯保証人の印鑑は、印鑑登録しているものを使用してください。

- 添付書類 (1)医師免許証の写し
(2)履歴書
(3)連帯保証人の印鑑証明書及び身分証明書