

様式第2号(第2条関係)

研修資金貸与申請書

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

下記のとおり研修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

申請者	ふりがな氏名		生年月日(年齢)	年 月 日生(満 歳)	
	本籍				
	住所		電話		
	大学院又は研修先	名称			
	貸与希望期間	期間	年 月 から	年 月	
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修資金については、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修資金については、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 大学院

医師免許証の写し

大学院の在学証明書

学長又は研究科長の推薦書(様式第5号)

連帯保証人の印鑑証明書及び身分証明書

2 臨床研修又は後期研修

医師免許証の写し

臨床研修又は後期研修を受ける医療機関等の開設者又は管理者の推薦書(様式第5号)

研修実施計画書

連帯保証人の印鑑証明書及び身分証明書