

（表）

養成施設修学資金貸与申請書

決定番号	今年度	

年 月 日

群馬県知事

あて

次のとおり群馬県 { 保健師
助産師
看護師
准看護師 } 養成施設修学資金を貸与してください。

なお、修学資金の貸与を受けることになった上は、群馬県保健師助産師看護師准看護師修学資金貸与条例及び群馬県保健師助産師看護師准看護師修学資金貸与条例施行規則を守り、修学に専念し、その趣旨に沿うよう努力し、卒業後1年以内に免許を取得するよう努め、免許を取得の上は、速やかに群馬県内において業務に従事することを誓います。

貸与申請額		円
貸与期間	年 月から	年 月まで

申請者	ふりがな	
	氏名	印
	生年月日	年 月 日生
	本籍	
	住所	〒
	電話番号	
養成施設名及び学年		学年

(裏)

申請者が貸与を受ける修学資金については、本人と連帯して債務を負担します。

連 帯 保 証 人	ふりがな		
	氏名		印
	生年月日	年 月 日生	年 月 日生
	住所	〒	〒
	電話番号		
	職業		
	本人との関係		

添付書類

- 1 戸籍抄本
- 2 個人情報の収集及び利用に関する同意書
- 3 身上調書
- 4 在学する養成施設の長の推薦書
- 5 保証人の住民票の写し
- 6 保証人の印鑑登録証明書

(注) 継続して貸与を受けようとする者は、4のみ添付すること。

在 学 証 明 書

申請者氏名 第 学年

上記の者は、本校に在学していることを証明します。

年 月 日

養成施設の長

印
