

様式第 1 号（第 2 条関係）

（表）

医学生修学資金貸与申請書兼誓約書

年 月 日

島田市病院事業管理者

申請者



修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、貸与の決定を受けた場合は、島田市医学生修学資金貸与条例及び島田市医学生修学資金貸与条例施行規程の規定を遵守し、卒業後は医師として島田市立総合医療センターに勤務すること及び修学資金の返還の義務が生じたときは返還期日までに確実に返還することを誓います。

ふ り が な					
氏 名					
生 年 月 日	年 月 日生	年 齢	満 歳		
本 籍					
現 住 所 及 び 電 話 番 号	〒 ()				
帰省先の住所及び電話番号	〒 ()				
在学している大学等	名 称		入 学 年 月	年 月	
	学部及び学科		卒業予定年月	年 月	
	所 在 地		現 学 年	第 学年	
家 族 の 状 況	続 柄	氏 名	年 齢	同居、別居の別	職業（勤務先）
今年度貸与を受けようとする期間	年 月から 年 月まで（ 箇月）				
今年度貸与を受けようとする額	円（ 円× 箇月）				
在学中に貸与を受けようとする期間	年 月から 年 月まで（ 箇月）				
在学中に貸与を受けようとする額の総額	円（ 円× 箇月）				
貸与を希望する理由					

(裏)

(連帯保証人)

私たちは、貸与を受けようとする者が修学資金の貸与を受けた場合は、島田市医学生修学資金貸与条例及び島田市医学生修学資金貸与条例施行規程の規定を遵守し、修学資金の返還の義務が生じたときは返還の債務を本人と連帯して負担します。

ふ り が な			
氏 名	⑩		
本人との続柄		電話 番 号	自 宅
生 年 月 日	年 月 日生		その他
本 籍			
住 所			
職業（勤務先）			
返還の債務を 連帯して負担 する額の限度	円 + 延滞利息		

ふ り が な			
氏 名	⑩		
本人との続柄		電話 番 号	自 宅
生 年 月 日	年 月 日生		その他
本 籍			
住 所			
職業（勤務先）			
返還の債務を 連帯して負担 する額の限度	円 + 延滞利息		

(注)

- 1 連帯保証人は、独立の生計を営む成年者としてください。
- 2 申請者が未成年者であるときは、連帯保証人のうち1人は、申請者の法定代理人としてください。
- 3 連帯保証人欄への記入は、必ず連帯保証人が自署してください。
- 4 「返還の債務を連帯して負担する額の限度」の欄には、表面の「在学中に貸与を受けようとする額の総額」の欄の額を記入してください。なお、延滞利息は、当該返還すべき日の翌日から返還した日までの期間の日数に応じ、返還すべき額に年14.6%の割合を乗じて計算した額となります。

(添付書類)

- 1 大学等の学業成績表（第1学年に在学している者を除く。）
- 2 在学証明書その他の大学等で医学を履修する課程に在学していることを証明する書類
- 3 戸籍抄本又は戸籍個人事項証明書（日本国籍を有しない者を除く。）
- 4 住民票の写し（日本国内に住所を有しない場合は、住民票の除票又は戸籍の附票の写し）
- 5 履歴書
- 6 連帯保証人の印鑑登録証明書
- 7 1から6までに掲げるもののほか、管理者が必要と認める書類