

(表)

様式第1号(第2条関係)

西尾市民病院医師確保奨学金貸与申請書

年 月 日

(あて先) 西尾市長

申請者

印

西尾市民病院医師確保奨学金の貸与を受けたいので、西尾市民病院医師確保奨学金貸与条例施行規則第2条の規定により、関係書類を添えて申請します。

本人	氏名			
	生年月日	年 月 日(満 歳)		
	大学名 又は大学院名		学部(科)名 及び所属学年	
	現住所 及び電話番号	〒 — —		
	帰省先住所 及び電話番号	〒 — —		
連帯保証人	氏名			本人との続柄
	生年月日	年 月 日(満 歳)		
	現住所 及び電話番号	〒 — —		
	職業			
	氏名			本人との続柄
	生年月日	年 月 日(満 歳)		
	現住所 及び電話番号	〒 — —		
職業				

備考 連帯保証人は、独立の生計を営む成年者とし、申請者に父又は母がある場合は、当該連帯保証人のうち1人は、父又は母としてください。

(裏)

誓約書

奨学金の貸与を受けた場合は、西尾市民病院医師確保奨学金貸与条例及び同条例施行規則の規定を遵守し、卒業後は、直ちに西尾市民病院において臨床研修を受け、その後引き続き医師として西尾市民病院に勤務することを誓います。

また、奨学金の返還義務が生じたときは、返還期限までに確実に返還するとともに、連帯保証人においては、奨学金の返還を本人と連帯して履行することを保証します。

申請者本人 住 所
氏 名 ⑩

連帯保証人 住 所
氏 名 ⑩

連帯保証人 住 所
氏 名 ⑩

添付書類

- (1) 在学証明書（申請日の属する年度の翌年度に大学に入学する場合には、当該大学に合格したことを証する書類）
- (2) 申請者本人の履歴書
- ~~(3) 申請者本人の戸籍抄本~~
- (4) 連帯保証人の印鑑登録証明書
- (5) その他市長が必要と認める書類