様式第１号（第４条関係）

（表面）

返還資金貸与申請書

年　　月　　日

　　福井県知事　　　　　　　　　　様

申請者　　氏名

返還資金の貸与を受けたいので、福井県薬剤師確保奨学金返還資金貸与条例第３条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日　　　（満　　　歳） |
| 住所 | 郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　）　　　 |
| 大学等 | 学校名 |  |
| 学部および学科 | 　　　　学部　　　　学科 |
| 卒業・修了年月（在学中の場合は見込） | 　　　　年　　　　月 |
| 申請時点における勤務先 | 勤務先名 |  |
| 勤務先所在地 |  |
| 薬剤師名簿登録番号 | 第　　　　　　　　　号 | 薬剤師名簿登録年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 奨学金 | 奨学金名 | 学資貸与金・奨学育英資金（あてはまるものを○で囲むこと。） |
| 借入総額 | 　　　　円 |
| 借入期間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 奨学金の返還を支援するための他の制度の利用 | 有・無（有の場合、制度の名称：　　　　　　　　） |

（裏面）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保証人 | ふりがな氏名 | ㊞　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 年齢 | 満　　　歳 |
| 本籍 |  |
| 住所 | 郵便番号　　　―　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |
| 職業 |  | 勤　　務　　先 |  |
| 年収（税込み） |  | 申請者との関係 |  |
| 保証人 | ふりがな氏名 | ㊞　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 年齢 | 満　　　歳 |
| 本籍 |  |
| 住所 | 郵便番号　　　―　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |
| 職業 |  | 勤　　務　　先 |  |
| 年収（税込み） |  | 申請者との関係 |  |

注　１　「大学等」には、在学している場合には、在学している大学等について記載し、既に卒業・修了している場合には、卒業・修了大学等について記載すること。

　　２　薬剤師として勤務していない者は、「勤務先名」欄および「勤務先所在地」欄に「－」を記入すること。

　　３　薬剤師免許証を取得していない場合には「薬剤師名簿登録番号」欄および「薬剤師名簿登録年月日」欄に「－」を記入すること。