様式第1号(第2条関係)

|  |
| --- |
| 修学資金貸与申請書年　　月　　日　　　　福井県知事　様 |
| 　 | 申請者 | 本籍 | 　 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 養成施設の名称 | 　 | 学年 | 第　　　　学年 |
| 連帯保証人 | 父母またはこれに代わる者 | 本籍 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 職業(勤務先) | 　 | 本人との続柄 | 　 |
| 年収(税込) | 　 |
| 連帯保証人 | 本籍 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 職業(勤務先) | 　 | 本人との続柄 | 　 |
| 年収(税込) | 　 |
| 貸与金額・期間 | 貸与総額 | 円　　 |
| 貸与月額 | 円　　 |
| 貸与期間 | 年　　　月　　　から　　　　　　年　　　月まで |
| 　　　年　　月から　　年　　月まで福井県保健師、助産師、看護師および准看護師修学資金の貸与を受けたいので、福井県保健師、助産師、看護師および准看護師修学資金貸与条例第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。 |

注　法定代理人が親権者でない場合には、戸籍抄本を添えること。