

様式第1号（第2条関係）

（表）

小林市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与申請書

令和 年 月 日

小林市病院事業管理者 様

小林市病院事業薬剤師・看護師等奨学金の貸与を受けたいので、小林市病院事業薬剤師・看護師等奨学金貸与条例第4条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

（※記入不要）

※修学者番号						
申 請 者	(フリガナ) 氏 名			生年月日	昭 平 年 月 日	
	(フリガナ) 現 住 所	〒 -				
		電 話 番 号	- -			
		電子メールアドレス	@			
	(フリガナ) 連 絡 先 (現住所以外に 連絡の取れる 方がいる場合 に記入)	〒 -				
		電 話 番 号	- -			
		電子メールアドレス	@			
	大 学 等	名 称				
		所 在 地				
		入学年月	平 令	年 月 日	在学年次	第 学年
卒業予定		令和	年 月	正規の修学 年数	年	
貸与希望期間	令和 年 月から 令和 年 月まで					
小林市病院企業職員 採用試験受験資格(※)		要件を満たす ・ 要件を満たさない				

(裏)

連帯保証人①	(フリガナ) 氏名 ◎自署のこと	〒	〒	生年月日	昭平 年 月 日
	(フリガナ) 住所	〒 -			
	連絡先	電話番号	- -		
		電子メールアドレス	@		
申請者から見た続柄		勤務先			
連帯保証人②	(フリガナ) 氏名 ◎自署のこと	〒	〒	生年月日	昭平 年 月 日
	(フリガナ) 住所	〒 -			
	連絡先	電話番号	- -		
		電子メールアドレス	@		
申請者から見た続柄		勤務先			
この申請書の記載事項は全て事実と相違ありません。 また、申請にあたり、私は大学等を卒業後、小林市立病院に薬剤師・保健師・助産師・看護師として就職する意志があります。 (必ず自署してください) 令和 年 月 日 (申請者氏名) ㊟					

※連帯保証人は印鑑証明書の登録印を押印

※小林市病院企業職員採用試験受験資格

次の(1)及び(2)の要件を全て満たす人

- (1) 大学等を卒業した日から1年1か月以内に勤務するための国家試験において免許取得見込みの人
- (2) 次のいずれにも該当しない人
 - ア 日本国籍を有しない人
 - イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
 - ウ その他地方公務員法の規定による欠格条項に該当する人