

様式第1号（第3条関係）

遠軽町旭川医科大学医師養成確保修学資金貸付申請書

年 月 日

遠軽町長 様

申請者氏名 ㊟

遠軽町旭川医科大学医師養成確保修学資金の貸付けを受けたいので、遠軽町旭川医科大学医師養成確保修学資金貸付条例第4条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

修学資金の貸付金額	月額	円
修学資金の貸付期間	年 月分	から 年 月分まで（ 月分）
申請者	氏名	
	生年月日	年 月 日（満 歳）
	本籍	
	住所（居住地）	
	電話番号	（ ） —
	帰省先住所	
	電話番号	（ ） —
連帯保証人	氏名	
	生年月日	年 月 日
	申請者との関係	
	本籍	
	住所	
	電話番号	（ ） —
	職業	
参考事項		

上記申請者に係る遠軽町旭川医科大学医師養成確保修学資金について、一切の債務を連帯して保証します。

遠軽町長 様

年 月 日

連帯保証人 氏名 ㊟

連帯保証人 氏名 ㊟

※ 申請者が未成年の場合は、連帯保証人のうち1人は申請者の法定代理人とすること。