

様式第1 （第 5 条関係）

新城市民病院薬剤師・看護師等修学資金貸与申請書

年 月 日

新 城 市 長

住 所

フリガナ

氏 名

電話番号

—

—

新城市民病院薬剤師・看護師等修学資金の貸与を受けたいので、新城市民病院薬剤師・看護師等修学資金貸与条例第 5 条の規定により関係書類を添えて申請します。

|                                      |               |       |       |
|--------------------------------------|---------------|-------|-------|
| 貸与を希望する金額                            |               | 月額    | 円     |
| 貸与を希望する期間                            |               | 年 月から | 年 月まで |
| 養成施設                                 | 名 称           |       |       |
|                                      | 所 在 地         |       |       |
|                                      | 正 規 の 修 学 年 数 |       |       |
| 取得しようとする<br>医 療 従 事 者 の<br>免 許 の 種 類 |               |       |       |