

平成 年 月 日

隠岐広域連合長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

平成29年度隠岐広域連合医療技術修学資金貸与申請書

隠岐広域連合医療技術修学資金貸与条例による修学資金の貸与を受けた  
いので申請します。

なお、貸与を受けることとなったうえは、隠岐広域連合医療技術修学資  
金貸与条例及び隠岐広域連合医療技術修学資金貸与規則を遵守します。

本人	ふりがな 氏名	(男・女)	
	生年月日	年 月 日生	(満 歳)
	住 所	〒 (TEL )	
	学 歴	高等学校 年 月 1. 卒業 2. 卒業見込	

(進学予定者)

進学希望 先及び就 業希望先 の状況	志望する職種	1. 看護師 2. 助産師 3. 保健師 4. 薬剤師
	予定進学先	1. 大学 2. 短期大学 3. 専門学校等 4. 養成所 5. その他 ( )
	予定修学年限	( ) 年間
	希 望 勤務先	1. 隠岐病院 2. 隠岐島前病院

(既進学者)

在学状況に関する事項	学校名 ( ) ( ) 学部 ( ) 学科	
	修学年限 ( ) 年間	( ) 年生在学中
	卒業後の予定職種	
就業希望 先の状況	希望勤務先	1. 隠岐病院 2. 隠岐島前病院

保護者氏名	印 (保護者が自署してください)	
保護者住所	〒 (TEL )	