様式第１号（第２条関係）

令和　　年　　月　　日

隠岐広域連合長　様

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和９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．保健師　２．助産師　３．看護師　４．薬剤師 ５．管理栄養士　６．臨床検査技師　７．臨床工学技士 ８．言語聴覚士
	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	進学先の正規の修学年数（　　）年間…① 志望職種免許取得のため、更に進学等の必要がある場合の追加の修学年数（　　）年間……② **貸与予定修学年数（①+②）＝（　　）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	（保護者が自署してください）
保護者住所	〒　　（TEL　　）