

令和 年 月 日

# 介護福祉士修学資金貸付申請書（高校用）

公益社団法人 益田市医師会 会長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

修学資金の貸付を受けたいので連帯保証人となる者と連署し、関係書類を添えて申請致します。

1. 修 学 資 金 月 額 3 5 , 0 0 0 円
2. 貸 付 希 望 期 間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 分より  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 分まで
3. 在 学 養 成 施 設 名 \_\_\_\_\_
4. 学 年 \_\_\_\_\_ 年

上記の申請に同意し、申請者が修学資金の貸付を受けた時は保証人が連帯して債務を負担致します。

親権者又は後見人

(連帯保証人) 住 所 \_\_\_\_\_  
お名前 \_\_\_\_\_ 印  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
続 柄 \_\_\_\_\_  
連絡先 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ -