遠別町保健福祉職等職員修学資金貸付申請書

　　年　　月　　日

遠別町長　　　　　　　　　様

申請者　本　　籍

現住所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　　年　　月　　日生（　 　歳）

電話番号

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

遠別町保健福祉職等職員修学資金貸付及び就労奨励金交付条例第２条の修学資金の貸付を受けたいので同条例施行規則第２条の規定により必要書類を添えて申請します。なお、同条例及び同条例施行規則の規定を遵守することを誓います。

１．在学（入学）学校科名

所在地

　入学(予定)日　　　　　　年　　月　　日

　　　修業年限　　　　　　　　　　　　年

２．貸付申請額等

　　　取得する資格　　　　　　　　　　　　　　　（条例第２条第　　号）

貸付申請修学資金　　　　月額　　　　　　　　円

申請する貸付期間　　 　　　　年　　　月から

年　　　月まで（　　　年　 カ月）

３．連帯保証人（２名）

　⑴　現住所

　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

⑵　現住所

　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　（裏面）

誓　　　　約　　　　書

　　年　　月　　日

　遠別町長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

連帯保証人⑴

本　籍

　　　　　　　　　　　現住所

　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　月　　日生（　　歳）

　　　　　　　　　　　職　業

　　　　　　　　　　　申請者との関係

連帯保証人⑵

本　籍

現住所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　年　　月　　日生（　　歳）

職　業

申請者との関係

　上記申請者が遠別町保健福祉職等職員修学資金貸付及び就労奨励金交付条例第２条の修学資金の貸付を受けた場合は、同条例及び同条例施行規則の条項を堅く守ることを誓います。

　また、申請者本人に不都合なことがあったときは、連帯保証人が一切の責めを負います。