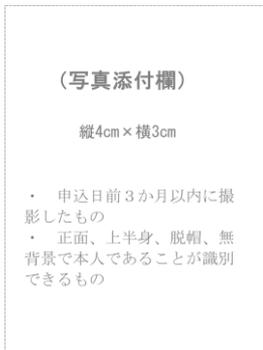


看護学生修学資金貸与申請書

年 月 日

地方独立行政法人長野県立病院機構 理事長 様



ふ り が な
本 人 氏 名

生 年 月 日 年 月 日生

ふ り が な
連 帯 保 証 人 氏 名 印

下記のとおりですから、地方独立行政法人長野県立病院機構看護学生修学資金貸与規程に基づく修学資金を貸与してください。

記

連絡先	〒 (電話番号)				
	E-mail				
在学(見込み)の養成施設	所在地	名称	現学年	学年	
	名称		入学月	年 月	
			卒業見込年月	年 月見込	
課程	看護師2年・看護師3年・助産師・短大・大学				
希望貸与月額	円				
希望貸与期間	年 月 日～ 年 月 日 (年間)				
勤務を希望する県立病院等	信州医療センター・こころの医療センター駒ヶ根・阿南病院・木曽病院・こども病院 阿南介護老人保健施設・木曽介護老人保健施設				
家族及び生計の状況 (主たる生計維持者について、「生計維持者」欄に○印を付けること)	氏名	続柄	職業(在学先)	生計維持者	年収(税込)
連帯保証人	住所	〒 (電話番号)			
	本人との続柄	職業		年収	
	極度額	3,840,000円			

※極度額は、月額8万円×48ヶ月を設定しています。実際は、「希望貸与月額」×「希望貸与月数」になります。