

様式第1号

<p style="text-align: center;">歯科衛生士確保対策修学資金貸与申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>飯田下伊那歯科医師会長</p> <p style="text-align: center;">本人氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>飯田下伊那歯科医師会歯科衛生士確保対策修学資金貸与要綱の規定に基づき、修学資金の貸与を次のとおり申請します。</p>				
住所	〒 (電話番号) — —			
ふりがな氏名	-----		生 年 日 月 日	年 月 日 (歳)
在学する 養成施設	所在地			現 在 年 学 年 学 年
	名 称			入 学 日 年 月 日 年 月 日
	学部学科	学部	学科	卒業見 年 月 込年月
課 程	歯科衛生士学科			
卒業後の意思 (就業・進学別の)	1 就業 ※区域内の指定施設（返還免除対象施設）に限る 2 進学（その他（ ））			
前年度在学学校	1 現在の養成施設 ・ 2 現在と異なる学校（ ） 学校			
他の修学資金・ 奨学金の利用	1 利用しない 2 申請中又は利用中（制度名等： ） （貸与期間： 年 月～ 年 月 貸与金額： 円/月・年）			
本人の健康告知	1 健康 ・ 2 その他（その他の場合には診断書を添付すること。）			
希望貸与月額	円			
希望貸与期間	年 月 ～ 年 月（ 年間）			
連 帯 保 証 人	住所	〒 (電話番号) — —		
	ふりがな氏名	-----		生 年 日 月 日 年 月 日 (歳)
	本人と柄			職 業
	勤務先 名 称			年 収 円

※各欄に記入、又は該当項目に○印をしてください。

※連帯保証人の印は、印鑑登録された印鑑を押印してください。