

年 月 日

瀬戸内市病院事業管理者 様

申請者 住所
氏名

印

保護者 住所
氏名
(申請者が未成年で
ある場合に限る。)

印

看護師等修学資金貸与申請書

修学資金の貸与を受けたいので、瀬戸内市立瀬戸内市民病院看護師等修学資金貸与
条例施行規程第2条の規定により、必要書類を添えて申請します。

学校等の名称	
上記の所在地	
入学(予定) 年 月 日	年 月 日
卒業予定 年 月	年 月