

年 月 日

（宛先）高松市病院事業管理者

高松市助産師修学資金貸与申請書

助産師修学資金の貸与を受けたいので、次のとおり申請します。

申 請 者	（ふりがな）				
	氏	名	Ⓜ		
	住	所	電話番号（ ）		
	生	年 月 日	年 月 日		
	養 成 施 設	名	称		
		所	在 地		
		入	学 年 月 日	年 月 日	
		卒	業 予 定 年 月	年 月	
貸与を受けようとする金額			月額	円	
貸与を受けようとする期間			年 月	から 年 月	
連 帯 保 証 人	住	所	電話番号（ ）		
	氏	名	Ⓜ		
	生	年 月 日	年 月 日		
	職	業（勤務先）	年収		
	申請者との続柄				
連 帯 保 証 人	住	所	電話番号（ ）		
	氏	名	Ⓜ		
	生	年 月 日	年 月 日		
	職	業（勤務先）	年収		
	申請者との続柄				

様式第2号（第2条関係）

推 薦 書

氏 名	
住 所	
生 年 月 日	年 月 日
養 成 施 設	(名称) (学年)
現 在 の 健 康 状 態	
能 力 評 価	
人 物 評 価	
そ の 他 所 見	

上記のとおり高松市助産師修学資金貸与条例に基づく修学資金の貸与を受ける者として適当と認められるので、推薦します。

年 月 日

(宛先) 高松市病院事業管理者

養成施設の名称

養成施設の長

ⓐ