

年 月 日

（あて先）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

(あて先) 高松市病院事業管理者

養成施設の名称

養成施設の長

Ⓧ