

写真貼付

縦4cm×横3cm

宝達志水町長 様

申請者 (本人) (印)

宝達志水町医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。

(ふ り が な) 本 人 氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日 及 び 年 齢	平成 年 月 日生 (歳)
現住所	〒
電話番号	電話 — —
在籍する 又は 卒業した高等学校	(在学中 ・ 卒業)

- (1) 世帯全員の住民票の写し
- (2) 戸籍謄本
- (3) 在学証明書又は卒業証明書(在籍する又は卒業した高等学校が発行するもの)
- (4) 高等学校の調査書(高校3年在学中の場合は、高校2年生までの内容のもの)

家族状況に関する事項(申請者以外)

氏 名	続柄	年齢	職 業	同居又は別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
家族の住所 (申請者と同じ場合は記入不要)	〒 電話番号 — —			

[illegible]