様式１（第１０関係）

年　　月　　日

　　青　森　県　知　事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　印

看護職員資格取得特別対策貸与申請書

平成２９年度青森県看護職員資格取得特別対策事業募集要項に基づき、修学資金の支援を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | | | | |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | | | | |
| 年齢 | | 満　　　歳 | | | | 性別 | | 男・女 |
| 本籍地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | | | | | 郵便番号（ 　 ）  電話番号（自宅：　　　　　　　　　　　　携帯：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 学  歴  ・  職  歴 | | 西暦 | | | 月 | 内容 | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
| 資  格 | | 西暦 | | | 月 | 内容 | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
| 養成施設合格後の転居予定 | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | |
| 養成施設名  （入学予定含む） | | | | |  | | | 学科名等 | |  | | | | 学年  (現在在学中のみ記入) | | |  |
| 支援期間 | | | | | 平成　　年　　月　　日　　～　平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 世帯全員の状況(申請者含む） | 続柄 | | | 年齢 | 氏　　　　名 | | 職　業 | | 勤　務　先 | | | | 年収（万円） | | | 摘　　要 | |
|  | | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |
| 実家の住所　郵便番号（　　　　　）  　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務地の希望等 | （希望する勤務地、勤務形態、年収等について、御自由にお書きください。）  希望する勤務地  勤務形態　　　　休 日 勤務　可 ・ 不可  夜　　　勤　可 ・ 不可  時間外勤務　可 ・ 不可  年　　収  （希望があれば）  そ の 他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連  帯  保  証  人  の  状  況 | １ | | 氏名　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　月　日　　本人との関係 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所　郵便番号（　　　　　）  電話番号（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 職業　　　　　　　　年収 | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | | 氏名　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　月　日　　本人との関係 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所　郵便番号（　　　　　）  電話番号（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 職業　　　　　　　　年収 | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記申請者が修学資金の支援を受けた場合は、連帯して債務を負担することを約します。  連帯保証人　　　　　　　　　印　　　　　連帯保証人　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |