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　 |