第１号様式

研 修 資 金 貸 与 申 請 書

　　年　　月　　日

燕労災病院長　　　　　　　　　　　様

氏　　名

下記のとおり研修資金の貸与を受けたいので、燕労災病院海外留学研修資金貸与規程第２条第２項の規定により申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | | | 〒  電話番号（　　　　　　　　　 　） 　　携帯電話番号（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| ふりがな  氏名 | | |  | | 生年月日 | 年　 月 　日 | 性　別 | | 男 ・ 女 | |
| 勤　　務　　先  （申　請　時） | | |  | | | | | | | |
| 所在地 | | | 〒  電話番号（　　　　　　　　　 　） | | | | | | | |
| 研 修 の 内 容 | | |  | | | | | | | |
| 希望貸与期間 | | | 年　　　月から　　　　　　年　　　月まで　（　　　年　　　月間） | | | | | | | |
| 希望貸与総額 | | | 円 | | | | | | | |
| 連  帯  保  証  人 | 私たちは、上記貸与により生じる債務について連帯して保証します。 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号（　　　　　　　　　 　） 　　携帯電話番号（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | 職業  (勤務先名称) | | ( 　　　　　　　　　　　　) | | 押印欄 | |  |
| 生年月日 | 年　 月 　日 | | 本人との続柄 | |  | |
| 住所 | 〒  電話番号（　　　　　　　　　 　） 　　携帯電話番号（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | 職業  (勤務先名称) | | ( 　　　　　　　　　　　　) | | 押印欄 | |  |
| 生年月日 | 年　 月 　日 | | 本人との続柄 | |  | |