

西宮市立中央病院看護師修学資金貸与申請書

年 月 日

西宮市病院事業管理者 様

申請者

〒

住 所

ふりがな

氏 名

印

生年月日

年

月

日生

電話番号

携帯電話

写 真

(縦 4.5cm×横 3.5cm)

写真は申込前 6 ヶ月以内に撮影した脱帽、上半身正面向きのもので、本人と確認できるもの。

西宮市立中央病院看護師修学資金貸与条例第 5 条の規定に基づき、下記のとおり修学資金の貸与を申請します。

記

1. 学校

名 称	
所 在 地	
入 学 年 月 日	年 月 日
卒 業 予 定 年 月 日	年 月 日

2. 看護師を志望する動機

3. 履歴（中学卒業後の履歴をご記入ください。）

	学校名・勤務先名	所在地	在学・在職期間
学 歴 ・ 職 歴			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで

4. 資格等

	資格・免許の名称	取得年月日
資 格 ・ 免 許		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

* 上記2～4については、別紙としていただいても構いません。