

別記様式第2号（獣医師養成確保修学資金給付申請書）

獣医師養成確保修学資金給付申請書

年 月 日

公益社団法人 石川県獣医師会
会 長 殿

申請者 氏名 (印)
連帯保証人 氏名 (印)
連帯保証人 氏名 (印)

獣医師養成確保修学資金給付事業の修学資金の給付を受けたいので、公益社団法人石川県獣医師会獣医師養成確保修学資金給付事業実施規程細則第6の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、修学資金の給付を受けることとなったときは、同細則及び石川県獣医師確保修学資金給付事業実施要領を遵守するとともに、同要領第3の1に規定する獣医師として業務に従事することを誓います。

記

ふりがな 氏 名			大 学	名 称 (学部、学科名)		
生年月日 及び年齢	年 月 日生 満 歳			入 学 年 月 日 卒業予定年月日	年 月 日 年 月 日	
日本国籍 の有無	有 ・ 無					
現住所及び 電話番号	〒 TEL			給付申請時の学年		第 学年
高等学校 卒業以降 の学歴	年 月 日			事 項		
連帯保証 人(連帯 保証人の うち1人 は父又は 母とする こと。)	ふりがな 氏 名	(年 月 日生)	ふりがな 氏 名	(年 月 日生)		
	現住所及び 電話番号	〒 TEL	現住所及び 電話番号	〒 TEL		
	職業 勤務先		職業 勤務先			
	申請者との関係		申請者との関係			
希望する給付月額（私立大学生の場合）			イ. 12万円/月 ・ ロ. 18万円/月			
修学資金 の振込先	金融機関	銀行 支店	口座の種類			
	口座番号		名義人			

添付書類 ①推薦書 ②健康診断書 ③学業成績証明書又は入学許可証

④主たる家計支持者1人の所得証明書又は源泉徴収票の写し