

年 月 日

宛先 秋田市長

住 所  
氏 名

奨学金返還助成候補者認定申請書

私は奨学金返還助成金の交付を受けたいので、歯科衛生士に対する奨学金返還助成金交付要綱第6条の規定に基づき申請します。

なお、この申請書および添付書類の記載内容は事実と相違ないこと、記載内容が事実と異なることが判明したときは、申請の変更等、必要な措置をとることを誓約します。

申請者	(ふりがな) 氏 名			
	住 所		〒 —	
	生年月日		年 月 日	
	電話番号		— —	
	メールアドレス			
就職先等	法 人 名			
	法人代表者 職・氏名			
	法人所在地		〒 —	
	勤務先	施 設 名		
		所 在 地		〒 —
		電話番号		— —
就職年月日		年 月 日		
対象奨学金	名 称			
	貸与金額			
	貸与期間		年 月から 年 月まで	
	現在の残額			
	返還期間		年 月から 年 月まで	

(裏面につづく)

最終 学 歴	名 称							
	所 在 地	〒 ー						
	入学・卒業年月	年 月 入学		・		年 月 卒業		
職 歴	年 月 日から 年 月 日まで	法人名： 所在地：						
	年 月 日から 年 月 日まで	法人名： 所在地：						
	年 月 日から 年 月 日まで	法人名： 所在地：						
	年 月 日から 年 月 日まで	法人名： 所在地：						
助 本 成 市 制 以 外 の 活 返 用 還	活用の有無	<input type="checkbox"/> 有り(予定を含む) <input type="checkbox"/> 無し						
	助成団体等名称	<input type="checkbox"/> 秋田県 <input type="checkbox"/> その他( )						
	返還助成制度名称							
	申請日							
	認定(交付)決定日							
予 助 定 成 口 金 座 振 込	金融機関名							
	支店名							
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 当座						
	口座名義							
	口座番号							

【添付書類】

- 在職証明書（様式第2号）
- 奨学金貸与団体等への個人情報提供同意書（様式第3号）
- 住民票の写し
- 奨学金の貸与状況を証する書類
- その他市長が必要と認める書類