様式第１号（第３条関係）

　　　年　　月　　日

士幌町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　住　所

　氏　名

士幌町看護職員等奨学金返還支援助成金支援対象者認定申請書

　士幌町看護職員等奨学金返還支援助成金交付要綱第３条の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援対象者 | 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　(TEL - - ) |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日　年齢（　　　　歳） |
| 職　　種 |  |
| 学校等（卒業見込年度） | （　　　　年度卒） |
| 奨学金の | 種　　類 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 借入予定額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

（添付書類）

□ 在学証明書

□ その他町長が必要と認める書類