

様式第1号（第2条関係）

医師研究資金貸与申請書

年 月 日

市立大町総合病院事業管理者 殿

本人氏名 ⑩

連帯保証人氏名 ⑩

下記のとおり医師研究資金の貸与を受けたいので、市立大町総合病院医師研究資金貸与規程第2条の規定により申請します。

記

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生
住 所	(電話番号)		
貸与申請額	円		
申請理由（今後の就業予定を含む）			
連帯保証人	ふりがな 氏 名	生年月日	年 月 日生
	住 所	本人との続柄	

(添付書類) 医師免許の写し 専門医認定証の写し
臨床研修修了登録証の写し 履歴書