

滋賀県リハビリテーション専門職員修学資金 貸与申請書

氏名	カタカナ												
	漢字	(姓)						(名)					

生年月日		
年(西暦)	月	日

施設名					課程名				
学年	年	入学年月(西暦)	年	月	卒業見込年月(西暦)	年	月		
貸与希望金額	(年額)	432,000円							

(宛先)
滋賀県知事

滋賀県リハビリテーション専門職員修学資金貸与要綱の規定により、上記のとおり修学資金の貸付けを受けたいので、連帯保証人となる者と連署し、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者

郵便番号							
住所							
電話番号	-						
氏名							印

上記、申請に同意し、申請者が修学資金の貸付けを受けたときは、連帯保証人として債務を負担します。

親権者又は後見人(連帯保証人)

郵便番号							
住所							
電話番号	-						
氏名							印
生年月日	年	月	日	申請者との続柄			

連帯保証人

郵便番号							
住所							
電話番号	-						
氏名							印
生年月日	年	月	日	申請者との続柄			

※ 申請者や各連帯保証人の署名の筆跡や印影が同一の場合は、申請書として認められません。

口座振替依頼書

(宛先)

滋賀県知事

氏名	印
----	---

私が滋賀県から受ける貸付金については、下記の預金口座に振込くださるよう依頼します。

銀行名	支店名	金融機関コード	支店コード	預金種別	口座番号
銀行 信組 信	本店 支店 出張所 代理店	※記入不要		1 普通預金 2 当座預金	百 十 万 千 百 十 番

口座名義(カタカナ)												
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 連帯保証人の印は、実印を用いるとともに、印鑑登録証明書を添付してください。
 ※ 印鑑登録証明書は、提出の前3箇月以内に発行されたものを添付してください。