

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											生年月日		
												年(西暦)	月	日
	漢字	(姓)					(名)							

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						
メールアドレス						
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 組 信 金	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。