

別記第1号様式（第4条関係）

医師就業支援金貸与申請書

年 月 日

芦別市病院事業管理者 様

住 所
氏 名

医師就業支援金の貸与を受けたいので、市立芦別病院医師就業支援金貸与条例第4条の規定により、次のとおり申請します。

記

| | | | | | |
|------------------|---------|---|--|---------|---|
| 従事前の住所 | | | | | |
| 従事後の住所 | | | | | |
| 上記移転の(予定)年月日 | | | | | |
| 貸与申請額 | | 円 | | | |
| 連 帯 保 証 | 住所 | | | TEL | |
| | 氏名 | | | 勤務先(職業) | |
| | 申請者との関係 | | | 年 齡 | 歳 |

(添付書類) 医師免許証の写し、履歴書、住民票の写し

備考 上記「連帯保証人」は、独立の生計を営む成人とする。