

第1号様式（第8条関係）

年 月 日

（宛先）上越市長

氏名

上越地域医療センター病院看護職員奨励金看護師養成施設及び連帯保証人等報告書
兼誓約書

次のとおり看護師養成施設、連帯保証人等を報告します。奨励金の交付を受けた場合は、卒業後、上越地域医療センター病院において看護職員の業務に従事することを誓います。

また、本奨励金以外の奨学金の貸与等は受けていませんし、今後も受けません。

申請者	氏 名				
	生年月日（年齢）				
	本 籍				
	住 所				
	電 話 番 号				
看護師養成施設	名 称				
	所 在 地				
	入 学 年 月 日				
	卒 業 予 定 年 月 日				
家族及び生計の状況 （主たる生計維持者の氏名に○を付けること。）	氏 名	続柄	生年月日	職業	年収（見込み）
主たる生計維持者の住所					
連 帯 保 証 人	氏 名	続柄	生年月日	職業	住 所 電話番号

申請者が交付を受ける奨励金については、本人と連帯して返還の債務を負担します。

年 月 日 連帯保証人 氏名 ㊟
連帯保証人 氏名 ㊟

備考

- 1 看護師養成施設の入学許可書若しくはその写し又は在学証明書、学業成績表又はその写し、健康診断書又はその写し及び各連帯保証人の印鑑登録証明書（発行後3か月以内のもの。ただし、前年度以前に奨励金を申請し交付決定があった場合で、当該場合と同一の連帯保証人を立てるときは不要）を添付すること。
- 2 連帯保証人の氏名は、自署すること。
- 3 連帯保証人の印は、実印を押印すること。