

別記様式第1号

年 月 日

長崎県知事

様

申請者 住所  
氏名

印

長崎県獣医師養成確保修学資金給付申請書

長崎県獣医師養成確保修学資金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏名			本籍地			
			性別			
生年月日	年 月 日生		年齢	歳		
現住所	〒 TEL					
在学する大学	名称					
	所在地					
	入学年月	年 月入学				
給付を受けようとする期間	年 月から 年 月まで ( か月間)					
家族の状況	氏名	続柄	年齢	同居 別居	勤務先・学校名	年間所得額
		本人				
	(特記事項)					
帰省先の住所	〒 TEL					

別記様式第2号

推 薦 書

年 月 日

長崎県知事

様

大学名

職氏名

印

下記の者は、長崎県獣医師養成確保修学資金の給付を受ける者として適当であると認めるので推薦します。

記

氏 名			
入 学 年 月	年 月入学	学 年	第 学年
(推薦所見)			

別記様式第3号

年 月 日

長崎県知事

様

連帯保証人 住所  
電話  
職業  
氏名

年 月 日生 印

本人との関係

連帯保証人 住所  
電話  
職業  
氏名

年 月 日生 印

本人との関係

保 証 書

下記の者が長崎県獣医師養成確保修学資金の給付を受けたうへは、その連帯保証人となり、下記の者と連帯して債務を負担します。

記

在学する大学名

住所  
氏名

年 月 日生

(注) 連帯保証人の押印する印章は、市町村長の証明書を添付すること。