

社会医療法人財団董仙会
理事長 神野 正博 殿

〒
住 所

ふりがな
氏 名 印

生年月日(西暦) 年 月 日生

TEL _____

Mail _____@_____

写真
縦 3 cm
横 2cm
写真の裏面に
氏名を書き
のり付けて下さい。

診療放射線技師修学資金貸与申請書

診療放射線技師修学資金の貸与を受けたいので、次の通り申請します。

貸与金額 (月額)	40,000円		期 間	(西暦) 年 月 日から (西暦) 年 月 日まで	
学校名			学科名		
入学年月日	(西暦) 年 月 入学	卒業予定年月日	(西暦) 年 月 卒業予定		
学 歴	年 月 中学卒業 年 月 高等学校卒業 年 月 卒業				
保 証 人	住 所	TEL ()			
	氏名及び生年月日	⑩ 年 月 日生		続柄	
	勤務先及び職業				
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	同居・別居の別	勤 務 先 及 び 職 業
	1			同・別	
	2			同・別	
	3			同・別	
	4			同・別	
	5			同・別	
	6			同・別	