

様式第1号（第6条関係）

平成 年 月 日

公益財団法人浜松市医療公社理事長 様

申請者氏名

㊟

公益財団法人浜松市医療公社看護師等修学交付金交付申請書

公益財団法人浜松市医療公社看護師等修学交付金規則の規定により、次のとおり修学交付金の交付を受けたいので申請します。

写真貼付  
3×2.4cm

本籍地		現住所	〒		
フリガナ 氏名			男女	生年月日	年 月 日 生
学校又は 養成所	名称			所在地	
	平成 年 月 入学			平成 年 月 卒業予定	
中学校 卒業後の 履歴	平成 年 月 日				中学校卒業
交付を受けようとする金額		月額	<b>30,000円</b>		
交付を受けようとする期間		平成 年 月 から 平成 年 月 まで			
家族の状 況（本人 を除く。）	氏名	年齢	続柄	職業及び勤務先等	

本人の電話番号 (      -      -      )

家族の電話番号 (      -      -      )