

様式第1号（第3条関係）

年 月 日

兵庫県社会福祉事業団理事長 様

申請者 氏 名 ㊟

(本人)

修 学 資 金 貸 与 申 請 書

修学資金の貸与を受けたいので、社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団総合衛生学院介護福祉学科新入生修学資金貸与要領第3条の規定により必要書類を添えて申請します。

本人	ふりがな					
	氏名					
	生年月日及び年齢	年 月 日 (満 歳)				
	現住所及び電話番号	〒 () -				
連帯保証人	帰省先住所及び電話番号	〒 () -				
	氏名	㊟	生年月日	年 月 日		
	住所	〒			続柄	
	電話番号	() -			続柄	
証人	氏名	㊟	生年月日	年 月 日		
	住所	〒			続柄	
	電話番号	() -			続柄	

添付書類

- (1) 履歴書
- (2) 健康診断書（申請の日前2箇月以内に作成したもの）
- (3) 誓約書（様式第2号）

<注> 今回の申請にあたって、連帯保証人の押印については認印で可能としますが、修学資金の貸与決定後に、速やかに保証書（様式第4号の3）に印鑑登録証明書を添付して提出いただくこととなります。

様式第2号（第3条関係）

年 月 日

兵庫県社会福祉事業団理事長 様

本人住所

氏名

㊞

連帯保証人住所

氏名

㊞

連帯保証人住所

氏名

㊞

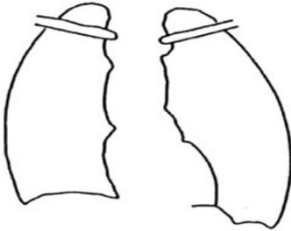
誓 約 書

修学資金貸与学生に御採用の上は、社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団総合衛生学院介護福祉学科新入生修学資金貸与要綱（以下「要綱」という。）並びに同要領を守り、貸与学生としての品位を保つとともに、卒業後は、直ちに兵庫県社会福祉事業団に勤務することを誓います。

また、要綱により、修学資金の返還の義務が生じたときは、返還期限までに確実に返還します。

連帯保証人は、要綱並びに同要領に従い、修学資金の返還債務を本人と連帯して負担します。

身体検査書

(フリガナ) ()		男・女		生年月日	年 月 日生	
氏名				(年齢)	(検査日現在 満 歳)	
身長	cm	既往歴		血液検査	赤血球数	万/mm ³
					貧血検査	血色素量
体重	kg	自覚症状		肝機能検査	G O T	IU/l
					G P T	IU/l
BMI	[体重(kg)/身長(m) ²]	他覚症状		血中脂質検査	LDLコレステロール	mg/dl
					HDLコレステロール	mg/dl
腹囲	cm			糖代謝検査	トリグリセライド	mg/dl
					血糖値	mg/dl
血圧	mmHg				HbA1c	%
視力	右(矯正)	()		尿検査	蛋白質	- ± + ++ +++
	左(矯正)	()			糖	- ± + ++ +++
聴力	右 1000HZ 4000HZ	1 所見なし 1 所見なし	2 所見あり 2 所見あり	ツベルクリン反応	+ -	
	左 1000HZ 4000HZ	1 所見なし 1 所見なし	2 所見あり 2 所見あり		BCG施行の有無	有 無
心電図検査						
胸部エックス線検査 (直接撮影)					喀痰細菌検査	※必要があり実施した場合のみ記入
フィルム番号		No.				
現行疾患				就労(可・不可)		
				総合判定		
令和 年 月 日						
検査機関名						
診断医師名						
印						

備考 1 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入。