

修学資金貸与申請書

公益財団法人岩手県対がん協会 理事長 殿

以下のとおり、修学資金の貸与を申請します。

申請日		平成 年 月 日			
申請者	住所	〒 電話番号			
	ふりがな			性別	印
	氏名			男 女	
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
養成施設 (学校名)	名称				
	所在地	〒 電話番号			
	専攻課程	入学年月	平成	年	月
卒業見込年月		平成	年	月	

親権者または後見人

親権者(父) (または後見人)	住所	〒 電話番号			
	ふりがな			性別	印
	氏名			男 女	
	生年月日	平成	年	月	日
親権者(母) (または後見人)	住所	〒 電話番号			
	ふりがな			性別	印
	氏名			男 女	
	生年月日	平成	年	月	日

家族の状況 (3親等以内)

ふりがな 氏名	続柄	年齢	同居 /別居	勤務先・学校	年収額

連帯保証人 (予定)

	ふりがな		年齢	続柄	保証人になることについて
1	氏名				承諾済 未
	ふりがな		年齢	続柄	保証人になることについて
2	氏名				承諾済 未
	ふりがな		年齢	続柄	保証人になることについて

※保証人のうち、1人は申請者の父・母・親権者または後見人とする。もう1人は、独立した生計を営む公民権を有する成年人とすること。

- 添付書類 ①在学証明書、
②健康診断書、
③申請者の住民票の写し、
④在学している養成施設の長の推薦書

個人情報の利用目的等について、下記のことにご同意の上申請していただきますようお願いいたします。

1. 提出していただいた情報は、修学資金貸与に関する審査・ご本人様への諸連絡のために保有・利用させていただきます。
2. 申請された方の個人情報を、漏えい・滅失またはき損から保護するために、必要かつ適切な措置を講じます。
3. 申請された個人情報を、法令等に定める場合を除いて、ご本人様の同意なく第三者に提供することはありません。
4. 申請された個人情報の取り扱いを、当協会以外へ委託する予定はありません。
5. 申請された方は、事故に関する個人情報の利用目的の通知、および個人情報の開示を請求できます。また、当協会が保有する個人情報に誤りや変更があった場合には、訂正・追加・削除を請求することができます。さらに、個人情報の利用停止・消去・または第三者への提供停止を請求することができます。

上記の個人情報利用目的等にご同意します。

(本人署名) _____ 印