

様式第1号(第2条関係)

修学資金貸付願書

年 月 日

三次市長 様

願出者住所

氏 名 印

生 年 月 日 年 月 日

卒業後、市立三次中央病院において、職員としてその業務に従事しますので、  
修学資金の貸付けを受けたく関係書類を添えてお願いします。

- 1 貸付希望月額 円
- 2 貸付希望期間 年 月分 ～ 年 月分まで
- 3 在学養成施設名
- 4 学 年 第 学年
- 5 卒業後の予定

(願出者が20歳未満の場合)

法定代理人 住所

氏名

印

私は、願出者が上記のとおり、願出することについて同意します。

様式第2号(第2条関係)

調書

氏 名  
 生 年 月 日 年 月 日  
 在学養成施設名  
 学 年 第 学年

この者については、次のとおりです。

成績状況	入学者	入学者最高得点	点
		入学者最低得点	点
		入学者平均得点	点
		本人の得点	点
	在学者	前年の同学年最高得点	点
		前年の同学年最低得点	点
		前年の同学年平均得点	点
		前年の本人の得点	点
卒業後の予定			
推薦の所見			
推薦順位	人中	位	

年 月 日

三次市長 様

養成施設長

印

様式第3号(第2条関係)

健康診断書

氏名			生年 月日	年 月 日生	健診年月日		年 月 日
			性別	男・女	年齢		歳
業務歴					血圧(mmHg)		
既往歴					貧血検査	血色素(g/dl)	
						赤血球数(万/mm <sup>3</sup> )	
自覚症状					肝機能検査	GOT(IU/l)	
						GPT(IU/l)	
					γ-GTP(IU/l)		
他覚症状					血中脂質検査	CHO(mg/dl)	
						TG(mg/dl)	
					尿検査	糖	- ± + 2 + 3 +
						蛋白	- ± + 2 + 3 +
身長(cm)					心電図検査		
体重(kg)							
視力	右	( )		医師の指示及び 注意事項			
	左	( )					
色覚							
聴力	右 1000Hz	1	所見なし	2	健康診断を実施 した医師の氏名 印		
		1	所見あり	2			
	4000Hz	1	所見なし	2			
		1	所見あり	2			
左 1000Hz	1	所見なし	2	健康診断を実施 した医師の氏名 印			
	1	所見あり	2				
	4000Hz	1	所見なし				2
		1	所見あり				2
胸部エックス線検査			直接	間接			
フィルム番号			撮影		証明年月日		年 月 日
			年 月 日	健康診断実施病院			
			No.	住所			
備考					名称		印

備考

「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( )内に記入すること。