

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

※自署してください

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

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)		
				貧血検査	血色要素(g/dl)	
既往歴				赤血球数(万/mm ³)		
				肝機能検査	GOT(IU/l)	
自覚症状					GPT(IU/l)	
				γ-GTP(IU/l)		
他覚症状				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	1 所見なし	2	健康診断を実施 した医師の氏名 印		
	1000Hz	所見あり				
	4000Hz	1 所見なし	2			
	所見あり					
左	1 所見なし	2	健康診断を実施 した医師の氏名 印			
	1000Hz	所見あり				
	4000Hz	1 所見なし			2	
	所見あり					
胸部エックス線 検査		直接	間接			
		撮影		証明年月日	年 月 日	
フィルム番号		年 月 日	No.	健康診断実施病院		
備考				住所	印	
				名称		

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。