（第４条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

看護学生奨学金貸与申込書

公益社団法人地域医療振興協会

有田市立病院　管理者　加藤正哉　殿

申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、貴院から奨学金の貸与を受けたいので、有田市立病院看護学生奨学金貸与規程第４条の規定により下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 　　年　　月　　日生（満　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒（　　　－　　　）℡　自宅（　　　　－　　　　　－　　　　　）　　携帯（　　　　－　　　　　－　　　　　） |
| 在学校 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 科　名 |  |
| 入学年月日 | 　　　年　　月　　日生 | 卒業見込年月 | 年　　月　　日生 |
| 卒業後の就職意思 |  |
| 貸与希望期間 | 令和　　年　　月　から　令和　　年　　月（計　　　ケ月間） |
| 貸与希望金額 | 月額　　　　　　　　　円　×　　　月　＝　　　　　　　円 |
| 連　帯　保　証　人 |  |  | 申請者との続柄 |  |
| 住　所 | 〒（　　　－　　　） |
| 連絡先 | ℡ | 生年月日(年齢) | 　　年　　月　　日生　　　（満　　　歳） |
|  |  | 申請者との続柄 |  |
| 住　所 | 〒（　　　－　　　） |
| 連絡先 | ℡ | 生年月日(年齢) | 　　年　　月　　日生　　　（満　　　歳） |

（注）連帯保証人のうち、原則１名は親族とし、他の１人は別世帯の独立した生計を営む者とすること

（注）連帯保証人の印は、印鑑登録証明書を添付のうえ、印鑑登録しているものを押印すること