

薬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、有田市立病院薬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
	氏名				(満 歳)
	住所	〒 (-)			
		TEL 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	フリガナ 氏名	印	申請者との続柄		
	住所	〒 (-)			
	連絡先	TEL	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (満 歳)	
	フリガナ 氏名	印	申請者との続柄		
	住所	〒 (-)			
	連絡先	TEL	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

(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