

様式第1号（第5条、第12条関係）

令和 年 月 日

地方独立行政法人
北松中央病院 理事長 様

申請者 氏名 ㊟
(本人)

奨 学 金 申 請 書

地方独立行政法人北松中央病院奨学金貸与規程により、次のとおり申請します。

申 請 目 的		貸 与		返還猶予		返還免除		
本 人	ふ り が な			学 校 名	学 科 学年在学			
	氏 名							
	生年月日及び年齢	年 月 日 (満 歳)						
	現 住 所	〒						
	携 帯 電 話 番 号	() - E-mail						
	帰 省 先 住 所	〒						
電 話 番 号	() -							
連 帯 保 証 人	氏 名		生 年 月 日	年 月 日				
	住 所	〒					続 柄	
	電 話 番 号	() -						
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日				
	住 所	〒					続 柄	
	電 話 番 号	() -						

添付書類

- (1) 履歴書
- (2) 在学証明書及び成績証明書（看護学校等に在学している者に限る）
- (3) 入学決定の証明になる書類及び最終学校の成績証明書（看護学校等に入学決定した者に限る）
- (4) 住民票写し

様式第2号

令和 年 月 日

地方独立行政法人
北松中央病院 理事長 様

本人住所〒

氏名 ⑩

連帯保証人住所〒

氏名 ⑩

連帯保証人住所〒

氏名 ⑩

誓 約 書

奨学金貸与学生に御採用の上は、奨学生としての品位を保つとともに、卒業後は、直ちに地方独立行政法人北松中央病院に勤務することを誓います。また、奨学金の返還の義務が生じたときは、返還期限までに確実に返還します。（在学3年間で総額288万円）

連帯保証人は、奨学金の返還債務を本人と連帯して負担します。