

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

印

(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				
	氏名				
	生年月日及び年齢	年 月 日	(満 歳)	学校名	学科
	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

印

連帯保証人住所〒

氏名

印

連帯保証人住所〒

氏名

印

誓約書

奨学生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。