

奨学金貸与申請書

年 月 日

公益社団法人地域医療振興協会
東通地域医療センター
センター長 川原田 恒 様

私は、公益社団法人地域医療振興協会 東通地域医療センター奨学金貸与規程に基づき、下記のとおり奨学金の貸与を申請します。

尚、貸与を受けることとなった時は、本規程に定める規定を遵守し、医療介護職等の資格を取得後については、貴センターの職員として業務に従事します。また、規定により奨学金の返還の債務が生じた時は、期限内に確実に返済します。

記

ふりがな	
氏名	印
生年月日	年 月 日
住所	〒
電話番号	() ー
学校名称	
専攻科名称	
入学年月日	年 月 日
卒業予定年月	年 月
貸与希望期間	年 月から 年 月

※添付書類

- ①連絡先届出書 ②履歴書
③在学証明書、入学合格通知書（左記のうち取得可能なもの全て）
④成績証明書 ⑤住民票（本籍地の記載があるもの）