

様式第1号

奨学金貸付申請書
(医学生 ・ 看護学生)

平成 年 月 日

地方独立行政法人
大牟田市立病院 理事長様

申請者氏名 印

(医学生 : 看護学生) 奨学金の貸付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請区分及び 貸付申請額	医学生奨学金 (奨学金月額20万円)		貸付 期間	平成	年	月から
	看護学生奨学金 (奨学金月額6万円)			平成	年	月まで
申請者	ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月 日
	氏名		年齢	満 歳	性別	男・女
	現住所	〒 () 電話番号 ()				
	帰省先住所	〒 () 電話番号 ()				
大学 (看護師 養成施設等)	名称					
	学部・学科					
	所在地	〒 () 電話番号 ()				
	入学年月	年	月	卒業見込年月	年	月
家族の状況	続柄	氏名	年齢	同居 別居	職業・勤務先	
連帯保証人	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名		職業・勤務先			
	住所	〒 () 電話番号 ()				
	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名		職業・勤務先			
	住所	〒 () 電話番号 ()				

(注) 連帯保証人同士が同一生計の場合は認められません。