

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	日から
	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。