

様式第1号

奨学金貸付申請書  
( 医学生 ・ 看護学生 )

令和 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	<input type="checkbox"/> 医学生奨学金 (奨学金月額20万円)		貸付 期間	令和 年 月から	
	<input type="checkbox"/> 看護学生奨学金 (奨学金月額6万円)			令和 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。