

様式第5号

奨学金交付申請書

(薬学生)

令和 年 月 日

地方独立行政法人大牟田市立病院
理事長 様

奨学生番号 _____

申請者 (本人) _____ 印

令和 年 月から令和 年 月までの奨学金として、下記の金額の交付を申請します。

記

金 10万円 (月額)

(注) 在学証明書を添付すること。(初回の申請時は除く。)