

奨学金貸与申請書

保健医療・福祉施設あしかがの森
所長 原澤孝夫 殿

(申請者)
住所

氏名 ㊟

生年月日 年 月 日生 (歳)

電話番号

私は、保健医療・福祉施設あしかがの森奨学金貸与規程により、奨学金の貸与を受けたいので、同規程の内容に同意の上、下記のとおり申請します。

記

1. 在学する学校又は養成所

名称 _____

所在地 _____

代表電話番号 _____

入学年月日 平成 年 月 日

卒業予定年月日 平成 年 月 日 予定修学年数 年

2. 取得しようとする資格(免許) 医師免許 看護師免許 准看護師免許

3. 貸与希望期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
(※貸与希望期間は、養成施設の正規の修業年限を限度とする。)

4. 類似の奨学金の受給(予定)の有・無

有(その名称: _____) 無

5. 添付書類(入学許可証、学生証、戸籍謄本・住民票・所得証明書(連帯保証人含)など)

6. 備考

誓約書

保健医療・福祉施設あしかがの森
所長 原澤孝夫 殿

私は、保健医療・福祉施設あしかがの森より奨学金の貸与を受けるにあたり、あしかがの森奨学金貸与規程を遵守することを誓います。

(奨学金申請者)

住 所

氏 名

㊞

生年月日 年 月 日生 (歳)

電話番号

私は、奨学金の返還が生じたときの債務を、本人と連携してその責任を負います。

(連帯保証人1)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

職 業 _____

申請者との関係 _____

電話番号 _____

(連帯保証人2)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

職 業 _____

申請者との関係 _____

電話番号 _____

奨学金貸与に関する届出書

保健医療・福祉施設あしかがの森
所長 原 澤 孝 夫 殿

(届出者)
住 所

氏 名 ⑩

電話番号

保健医療・福祉施設あしかがの森奨学金貸与規程第15条により、下記のとおり届け出ます。

記

1. 届出の理由

2. 届出の内容

3. 添付書類