

保健医療・福祉施設あしかがの森

奨学金貸与申請書

平成 年 月 日	
保健医療・福祉施設あしかがの森	
所長 原澤孝夫 殿	
申請人（住所）	
（氏名）	
印	
（生年月日） 年 月 日生（ 歳）	
（連絡先） TEL	
連帯保証人（住所）	
（氏名）	
印	
（職業）	
（申請人との関係）	
私は、保健医療・福祉施設あしかがの森奨学金貸与規程に基づき、次のとおり奨学金の貸与を受けたいのでここに申請します。	
記	
1. 養成施設名	
2. 同施設の所在地	TEL
3. 同施設の修業年限	
4. 取得予定の資格・免許	
5. 貸与希望額（月額）	
6. 貸与希望期間	
備考	

(注) 1. 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。