

## 小国公立病院看護学生奨学金貸付申請書

年 月 日

小国町外一ヶ町公立病院組合長 様

申請者(本人)氏名

㊟

奨学金の貸付を受けたいので、小国町外一ヶ町公立病院組合看護学生奨学金貸付条例により、関係書類を添えて申請します。なお、貸付を受けることとなったときは、施行規程を遵守し、小国公立病院における業務に従事することを約束します。

学校又は養成施設名称			
入学年月日	年	月	日
	卒業予定年月日	年	月
		日	

本人	生年月日・年齢	昭和・平成	年	月	日	( 歳 )	性別	男・女	
	現住所・電話番号	〒 _____							
		TEL ( )			/ 携帯電話 ( )				
	帰省先住所・電話番号	〒 _____							
TEL ( )									
連帯保証人 (親権者等)	(フリガナ)						生年月日	年 月 日	
	氏 名	実印					年 齡	( 歳 )	
	現住所・電話番号	〒 _____							
		TEL ( )			/ 携帯電話 ( )				
職 業		勤務先		勤務先電話番号					
連帯保証人	(フリガナ)						生年月日	年 月 日	
	氏 名	実印					年 齡	( 歳 )	
	現住所・電話番号	〒 _____							
		TEL ( )			/ 携帯電話 ( )				
職 業		勤務先		勤務先電話番号					

添付書類

- ①在学証明書
- ②学校(養成施設)推薦書(様式第2号)
- ③住民票の写し(世帯全員のもの)
- ④履歴書
- ⑤印鑑登録証明書(連帯保証人2名のもの)