

様式第1号(第2条関係)

奨学金貸与申請書

年 月 日

(申請先)

大町市病院事業管理者

申請者氏名 ㊟

保護者等 ㊟

市立大町総合病院奨学金貸与規程第2条の規定により、奨学金の貸与を申請します。  
また、下記事項について相違ない事を申し添えます。

記

申請者住所 (就学先住所)	〒		
(フリガナ) 申請者氏名			電話 ( )
養成施設	名称		現 在 学 年
	住所		入 学 年 月 日
	取得予定資格		卒 業 見 込 年 月 日
希 望 貸 与 額	円		
希 望 貸 与 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	他 奨 学 金 制 度 へ の 出 願 状 況	①出願していない ②出願している 制度名
保 護 者 等	住 所	電話 ( )	
	氏 名		生 年 月 日
	申 請 者 と の 関 係		職 業
備 考			

※添付書類

- ・在学証明書又は入学が確定していることの証明
- ・当該学校等の長又は最終学校等の長の発行する学業成績を証明する書類
- ・申請者の住民票（世帯票）謄本（未成年者にあつては、このほかに戸籍謄本）