（第４条関係）　　令和　　年　　月　　日

看護学生奨学金貸与申込書

公益社団法人地域医療振興協会
有田市立病院　管理者　加藤正哉　殿

申請者　氏名　　印

私は、貴院から奨学金の貸与を受けたいので、有田市立病院看護学生奨学金貸与規程第４条の規定により下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ			年　月　日生
	氏　名			（満　歳）
	住　所	〒（　－　） TEL　自宅（　－　－　） 携帯（　－　－　）		
在学校	名　称			
	所在地			
	科　名			
	入学年月日	年　月　日	卒業見込年月	年　月　日
卒業後の就職意思				
貸与希望期間		令和　年　月　から　令和　年　月（計　ケ月間）		
貸与希望金額		月額　円　×　月　＝　円		
連帯保証人	氏名（フリガナ）	印	申請者との続柄	
	住　所	〒（　－　）		
	連絡先	TEL	生年月日（年齢）	年　月　日生（満　歳）
	氏名（フリガナ）	印	申請者との続柄	
	住　所	〒（　－　）		
	連絡先	TEL	生年月日（年齢）	年　月　日生（満　歳）

（注）連帯保証人のうち、原則１名は親族とし、他の１人は別世帯の独立した生計を営む者とすること
（注）連帯保証人の印は、印鑑登録証明書を添付のうえ、印鑑登録しているものを押印すること