

(様式1)

薬剤師奨学金返還補助申請書

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 様

申請日 令和 年 月 日

申請者氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

私は、大学在籍中に下記の貸与型奨学金を利用しています。奨学金の返還に際し、公益社団法人地域医療振興協会有田市立病院に就職し、奨学金返還補助を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 出身大学・学部・学科 _____

在籍（見込）期間 _____ 年 _____ 月入学

_____ 年 _____ 月卒業（見込）

2 奨学金の実施主体・名称 _____

返還が必要な奨学金の借入総額（利息・保証料除く）

_____ 円

※返還義務のある奨学金の貸与を受けていること、およびその借入総額、返済額等が分かる書類を添付すること。