

様式第 1 号 (奨学金)

公益財団法人 丹後中央病院 御中

申請者 氏名 ㊟  
 連帯保証人 氏名 ㊟

奨学金貸与申請書 兼 誓約書

貴院の奨学金貸与を受けたいので、関係書類を添えて次の通り申請します。

(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日 (満 才)
住所	〒 電話		
進学校名		学部	
貸与希望額	<input type="checkbox"/> 150 万円 (薬剤師) <input type="checkbox"/> 120 万円 (薬剤師以外の医療職) *該当する金額に✓印をつけてください		
貸与希望期間	年 月から 年 月まで		
貸与希望総額	万円		
振込先	銀行・信用金庫・その他 ( ) 支店 普通口座 口座番号  フリガナ 口座名義人：  申請者が未成年の場合、「奨学金貸与申請書兼誓約書」に記載された法定代理人の本人名義である金融機関口座に振込を行う。		
*該当するものに○をし、いる場合は関係を記入してください。 当院の職員あるいは役員に親族関係となる者が いない ・ いる (関係 )			

上記の奨学金を貴院より受けることになったときは、貴院の奨学金規程及び貴院からの指示を遵守して、奨学生はその本分を全うし、連帯保証人は奨学生が貸与を受ける奨学金について、本人と連帯して一切の金銭債務を負担することを誓約します。

年 月 日

申請者 住所  
 氏名 ㊟

連帯保証人 住所  
 (法定代理人)  
 氏名 ㊟