

様式1

奨 学 金 貸 与 願

平成 年 月 日

総合医療センター成田病院  
理事長 藤 崎 壽 路 様

住所〒 —

氏名 (署名) \_\_\_\_\_ (印)

TEL : — —

貸与金額：1 カ月当たり 円 (授業料限度額)

私は、看護師を志すに当たり (看護師養成施設名) \_\_\_\_\_

に (1. 入学します 2. 入学しました)

つきましては、総合医療センター成田病院の奨学金の貸与を受けたくお願いいたします。

奨学金貸与のご許可をいただいた上は、貴院の奨学金規程を遵守することを誓約いたします。

上記の者、総合医療センター成田病院の奨学金の貸与を受けたく、私ども連署にてお願いいたします。

なお、奨学金貸与のご許可をいただきました上は、本人に誓約を堅く守らせることは勿論、奨学金の返済その他について本人と連帯して義務を課することを保証いたします。

平成 年 月 日

① 住所〒 —

保証人署名 \_\_\_\_\_ (印) (本人との関係： )

TEL : — —

② 住所〒 —

連帯保証人署名 \_\_\_\_\_ (印) (本人との関係： )

TEL : — —

【添付書類】

1. 看護師養成施設長の入学見込証明書・在学証明書
2. 看護師養成施設の1カ月の授業料が証明できるもの
3. 住民票 (本人と保証人並びに連帯保証人の方)
4. 銀行 (振込口座) 通帳の写し・・・本人名義

\* 奨学金貸与は既に在学されている学生さんも受け付けております。