

奨 学 生 願 書

綾部市立病院の奨学生に採用されたいので、綾部市立病院薬剤師確保奨学金貸与規程第4条の規定により、関係書類を添えてお願いします。

令和 年 月 日

綾部市立病院院長 志 賀 浩 治 様

（出願者）

ふりがな				生年月日	平成 年 月 日	
氏 名		㊟			昭和 (満 歳)	
現住所	〒					
		電話		e-mail:		
所属大学の名称						
学年及び修業年限		第 学年在学中 修業年限 年				
入学年月日		令和 年 月 日				
卒業予定年月		令和 年 月 卒業見込み				
貸与希望金額		月額 円		月額 62,000 円以内		
貸与希望期間		令和 年 月から 令和 年 月まで				
学歴等 (中学校以上を記載すること。)		年 月 学校 (卒業・中退) 年 月 学校 (卒業・中退) 年 月 学校 (卒業・中退) ※職歴のある場合 勤務先の名称: 職種等:				
免許		無 ・ 有 (年 月取得)				
連帯保証人	氏 名	㊟				
	住所	〒				
	出願者との続柄			職業		
連絡先 (看護学校等在籍中) ※ 現住所と異なる場合のみ		〒				
		電話				
		入居: 済 ・ 未 (入居予定 月 日)				

※ 在学証明書その他必要書類を添付してください。