様式第１号（第４条関係）

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　様

（出願者）

ふりがな		生年月日	平成　　年　　月　　日 昭和　　（満　　歳）
氏　　名	㊞		
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	㊞		
連帯保証人　住所	〒　　－		
	電話　　－　　－		
連帯保証人　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。