

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看護師等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	
氏 名		Ⓔ			昭和 (満 歳)	
現 住 所		〒 —				
		電話 — —		e-mail:		
所属看護学校等の名称						
学 年 及 び 修 業 年 限		第 学年在学中		修業年限 年		
入 学 年 月 日		年 月 日				
卒 業 予 定 年 月		年 月 卒業見込み				
貸 与 希 望 金 額		月額 円		看護師 月額 55,000 円以内		
貸 与 希 望 期 間		年 月から 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	看 護 師	無 ・ 有 (年 月取得)				
	准 看 護 師	無 ・ 有 (年 月取得)				
連 帯 保 証 人	氏 名		Ⓔ			
	住 所		〒 —			
			電話 — —			
	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。