

様式第1号

奨学金申請書

私は、市立恵那病院看護学生奨学金貸与規程を十分に理解し、第5条の規程に基づき奨学金の貸与を申請します。

平成 年 月 日

公益社団法人 地域医療振興協会  
市立恵那病院 管理者様

郵便番号 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
出身高校名 \_\_\_\_\_  
看護学校名 \_\_\_\_\_  
修学年数 \_\_\_\_\_ 年  
(例：大学4年、短期大学3年、専門学校3年等)  
在 学 年 \_\_\_\_\_ 年

確認事項

上記の者が市立恵那病院より奨学金を貸与されることについて

高校 確認日 平成 年 月 日 時 分  
確認者 \_\_\_\_\_

看護学校等 確認日 平成 年 月 日 時 分  
確認者 \_\_\_\_\_

備考

上記個人情報に関しましては、病院外に持ち出すことはありません。ただし、学生の出身高校及び在学中の看護学校等の問い合わせに関しては利用しますので、その利用に関して不都合がある場合は申し出下さい。申し出がない場合はご同意頂いたものといたします。