

様式第1号(第4条第1項関係)

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター看護師養成機関学生奨学金支給申請書

年 月 日

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター理事長 様

(申請者)

所 属

(学校・学科等名)

第 年次

学籍番号

ふり がな
氏 名

◎

男・女

住 所

電話番号

地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター看護師養成機関学生奨学金支給規程第4条第1項の規定に基づき、奨学金の支給を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、卒業後地方独立行政法人東金九十九里地域医療センターに看護職員として勤務することを希望します。

記

支給期間	年 月から 年 月まで (月間)
支給金額	総額 円

他に受けている又は受ける見込みの奨学金の有無 (有・無)

奨学金の種類	
受給期間	年 月 日 ~ 年 月 日

上記のとおり地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター看護師養成機関学生奨学金の支給申請がありましたので、関係書類を添えて推薦します。

年 月 日

学校名

職 名

氏 名

印