

熊本労災病院看護師等奨学金貸与申請書

貸与 番号	※
----------	---

(申請人欄)

私は、貴労災病院の看護師等奨学金を貸与くださるよう誓約書を添えて申請します。

記

(1) 申請人	(氏 名)	(2) 申請人の 在学する 養成機関	(名 称)
	(生年月日)		(所在地)
	(年 齢 歳)		
	(現 住 所)		
	(2)の養成機関への入学年月) 平成 年 月		
(2)の養成機関を卒業する年月) 平成 年 月			
(3) 申請事項	貸与希望 年額 600,000円 (月額 50,000円) 金 額		
	貸与希望 平成 年 月から平成 年 月まで 期 間		

平成 年 月 日

(申請人氏名) _____

熊本労災病院長 猪股 裕紀洋 殿

(保証人欄)

私は、上記申請人 _____ が奨学金を貸与されることになりましたうえは、申請人と連帯して所定の義務を履行します。

平成 年 月 日

住 所

申請人との関係 _____

氏 名 _____ 印

熊本労災病院長 猪股 裕紀洋 殿

<備考>

- 保証人は、独立の生計を営む成人とすること。申請人が未成年者であるときは、親権者たる父母又は後見人とすること。
- 氏名欄は、必ず本人が自署してください。
- 本様式に記載された個人情報とは当該奨学金貸与手続きにおいてのみ用いられます。また、取得した個人情報は独立行政法人労働者健康安全機構の個人情報保護規程に基づいて管理されます。