

様式第 1 号（第 2 条関係）

大崎市病院事業看護師等奨学金貸付申請書

大崎市病院事業管理者 様

年 月 日

申請者
住 所 _____
氏 名 _____ (印)
生年月日 _____
親権者（申請者が未成年の場合）
住 所 _____
氏 名 _____ (印)
申請者との続柄 （ ）

奨学金の貸付けについて、下記のとおり申請します。

記

- 1 在学する養成施設
名 称 _____
所 在 地 _____
課 程 _____ 学 年 _____
入学年月日 _____ 卒業予定年月日 _____
- 2 貸付申請金額 _____ 円（月額 50,000 円× か月）
- 3 貸付申請期間 _____ 年 _____ 月分から _____ 年 _____ 月分まで（ か月分）

(申請理由等)

(看護師，助産師を目指した理由)

(この奨学金貸付制度を利用しようとする理由)

様式第 2 号（第 2 条関係）

履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな			写真貼付 縦 4cm×横 3cm (裏面に氏名記入)
氏 名			
年 月 日生 (満 才)		男・女	
ふりがな			
住 所	〒 (—)		
TEL	(自宅)	(携帯)	
E-mail			
ふりがな			TEL
連絡先	〒 (—) ※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入		

年	月	学歴（中学校以上）・職歴など（項目別にまとめて書くこと）

記入上の注意

- 1 鉛筆以外の青又は黒の筆記用具で記入すること。
- 2 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書くこと。

様式第3号（第2条関係）

家 族 状 況 調 書

1 申請者

住 所	
氏 名	
養成施設名	

2 家族の状況

[illegible]

様式第4号（第2条関係）

推 薦 書

年 月 日

大崎市病院事業管理者 様

本 籍

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日 生

入学年月 年 月

卒業予定年月 年 月

在学年 第 学年

推薦順位 第 位

※2人以上の推薦の場合は、推薦順位を記載して下さい。

上記の者は、大崎市病院事業看護師等奨学金貸付条例に基づく奨学金の貸付を受ける者として
適当と認められるので推薦します。

なお、上記の者が奨学生として決定された後、大崎市病院事業看護師等奨学金貸付条例第7
条第1号又は第2号のいずれかに該当するときは、遅滞なく、その旨を届け出ることを確約いた
します。

養成施設名

施設長氏名

印