

|  |           |                   |                    |
|--|-----------|-------------------|--------------------|
| <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">奨 学 金 貸 与 申 請 書</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">年 月 日</p>   |           |                   |                    |
| <p>地方独立行政法人下関市立市民病院理事長 様</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">本人住所</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">保護者名 <span style="float: right;">㊟</span><br/>(保証人自署)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">地方独立行政法人下関市立市民病院看護師奨学金貸与要綱に基づく奨学生として採用の<br/>うえ奨学金を貸与して下さるよう連署してお願いします。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">記</p> |           |                   |                    |
| ふりがな<br>氏 名  |           | 希 望<br>貸 与<br>期 間 | 年 月から<br><br>年 月まで |
| 年 月 日生 (満 歳)   |           |                   |                    |
| 現 住 所  |           |                   | 自宅・下宿・寮            |
| 在学する学校<br>又は養成所  | 学校名又は養成所名 |                   |                    |
|  | 所 在 地     |                   |                    |
| 保護者名<br>(保証人自署)  | 氏 名       |                   | 続柄                 |
|  | 現 住 所     |                   |                    |
| ※決定年月日<br>及び支給番号   | 第 年 月 日号  |                   |                    |
| ※備 考   |           |                   |                    |
| <p style="text-align: center;">上記の者に対し奨学金を貸与されるよう推薦します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">年 月 日</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">印</span> </div>   |           |                   |                    |

※印の欄は記入しないで下さい。

(注意) 保護者名（保証人名）欄への記入は、必ず保護者（保証人）本人が自署して下さい。