

山口民医連奨学金申請書

ふりがな	在籍学校
氏名	学部 学科名（正式名称）
年　　月　　日生（満　　歳）	所在地

本籍	卒業予定　　年　　月
----	------------

現住所（本人住所） 〒	帰省先（家族住所） 〒
TEL	TEL
e-mail	e-mail

家族構成・現状	氏名	続柄	年齢	勤務先・自家営業種	在職・営業期間	

特記すべき事項

希望する奨学金制度のコースに○を付けてください。

1. Aコース　（月額：1・2年生5万円、3・4年生6万円、5・6年生7万円）

2. Bコース　（月額：学年を問わず 15万円）

奨学金を希望する理由						他の奨学金
						① 奨学生である 名称 期間
現在の生活状況	主な月収入	仕送り	円	主な月生活費	授業料	円
		他の奨学金	円		家賃	円
		アルバイト	円			円
			円			円
		計	円		計	円
② 奨学生であった 名称 期間						

以上の記載事項に間違いありません。

貴連合会の奨学生として採用していただきたくお願い申し上げます。

奨学生として採用された場合には、貴連合会奨学生規定に従い奨学生としての責務を果たすとともに誠実にその義務を履行いたします。万一、規定に違反した場合は、奨学金の全部および利息を一括返還するとともに強制執行の手続きを取られても異議はありません。

上記のとおり連帯保証人と連署して誓約いたします。

山口県民主医療機関連合会 会長殿

年 月 日

本人 氏名 印

連帯保証人2名（保証人のうち1名は、本人及び家族と別所帯の者とする）

氏名 印 年 月 日生

住所

〒

勤務先

勤続年数

〒

氏名 印 年 月 日生

住所

〒

勤務先

勤続年数

〒