

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》			
生年月日：		所 在 地：			
年 月 日生（満 歳）					
本 籍：		卒業予定：			
		年 月			
現 住 所（本人住所）：		帰 省 先（家族住所）：			
〒		〒			
電 話：		携帯電話：			
E-mail：					
家 族 構 成 ・ 現 状	氏 名（ふりがな）	続 柄	年 齢	勤務先・自家営業種	在職・営業期間
		本人			
奨学金を希望する理由：					
希望する奨学金のコースにチェックをつけてください。					
☐ 月額4万円コース ☐ 月額6万円コース					

特記すべき事項：						
他の奨学金	①奨学生である			②奨学生であった		
	名称：			名称：		
	期間： 年 月～ 年 月			期間： 年 月～ 年 月		
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・寮費	円
		アルバイト	円			円
			円			円
		合計	円		合計	円
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頂きたい、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、奨学金の貸付全額及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。						
下記の通り、連帯保証人と連署し、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、本人及び家族と別世帯のものとする。						
氏 名： 印 年 月 日生						
住 所：〒						
電話番号：						
勤 務 先： 勤続年数：						
電話番号：						
氏 名： 印 年 月 日生						
住 所：〒						
電話番号：						
勤 務 先： 勤続年数：						
電話番号：						