

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 （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：

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：