

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: 年 月 日 (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》 〒
-----------------	-----------------

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 名称:			②奨学生であった 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: