

奨学資金を受けられる方へ

下記事項を記入してください。

フリガナ	
氏名	
学業先での住所	〒 _____ _____ _____ TEL : _____
保護者の住所	〒 _____
氏名	TEL : _____ 氏名 : _____
奨学資金 受取口座 (本人名義)	金融機関名 : _____ 支店名 : _____ 口座種別 : _____ 預金 口座番号 : _____ 口座名義 (本人名義) : _____

●提出書類

1. 申請書
2. 誓約書
3. 家族調書
4. 健康診断書
5. 同意書
6. 在学証明書または、入学通知書 (合格通知書)

様式第1号(第2条関係)

奨学金貸付申請書

写真貼付

本人	氏名	⑩		
	生年月日	年 月 日生		
	現住所	入学予定校(合格)		
	本籍	決定・未決定		
	奨学金額 希望金額	円	期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
保護者	氏名	⑩	本人との続柄	
	生年月日	年 月 日生	現住所	
	職業		勤務先	
連帯保証人	氏名	⑩	本人との続柄	
	生年月日	年 月 日生	現住所	
	職業		勤務先	
連帯保証人	氏名	⑩	本人との続柄	
	生年月日	年 月 日生	現住所	
	職業		勤務先	

八雲町病院奨学金貸付条例による奨学生を志願します。

令和 年 月 日

氏名 ⑩

八雲町長 岩村克詔 様

※申請者が未成年者の場合は、連帯保証人のうち1人は、法定代理人（保護者）とすること。

誓約書

私議

今般八雲町病院奨学資金貸付条例の規定により、

自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日

までの期間において月額

一金 円也の奨学資金の貸付けを受け、奨学生となり、卒業して、法で定める資格を取得した日

から八雲総合病院に勤務(条例第十条該当)することをここに誓約いたします。

令和 年 月 日

誓約者

氏名 住所

印

連帯保証人

氏名 住所

印

連帯保証人

氏名 住所

印

八雲町長 岩村克詔様

様式第3号(第2条関係)

家 族 調 書

		続柄	氏 名	年齢	職業	月収	参考事項
		本人					
家 族 欄	同一生計内において生活している同居家族						

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名

印

八雲町長 岩 村 克 詔 様

様式第4号(第2条関係)

健康診断書

氏名

生年月日 年 月 日生

身長	cm	主な既往症	
体重	kg	ツベルクリン反応	
胸囲	cm	レントゲン 検査	
栄養			
胸部その他 理学的 所見			

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医師氏名

Ⓔ

八雲町長 岩村克詔 様

同意書

今般八雲総合病院奨学資金の貸付けを受けるにあたり、下記の事項について同意いたします。

記

1. 助産師、看護師又は准看護師の養成施設在学中に留年した場合、留年したその年の奨学金の貸付けは出来ないこと。
2. 助産師、看護師又は准看護師の資格試験に2度不合格の場合は、貸付けを受けた奨学金及び利息の全部を返還すること。

令和 年 月 日

八雲町長 岩 村 克 詔 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩

保護者 住 所
氏 名 ⑩