

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	〒 _____ _____ _____ 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. 同意書
5. 振込先金融機関通帳写し
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



本人	氏 名			
	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		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		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		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

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 までの期間において月額
至 令和 年 月 日

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

住 所
氏 名

連 帯 保 証 人

住 所
氏 名

連 帯 保 証 人

住 所
氏 名

印

印

八雲町長 岩 村 克 詔 様

【添付書類】連帯保証人の印鑑登録証明書

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

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. 薬剤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. 薬剤師の資格試験に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

保護者	住	所
	氏	名