

(様式1)

推 薦 書

平成 年 月 日

高知赤十字病院
院長 浜口 伸正 様

学校名 _____

校長名 _____ (印)

下記の学生を高知赤十字病院看護学生奨学金貸与規程に基づく、奨学生として推薦いたします。

記

奨学生氏名		性別	男・女
生年月日	平成 年 月 日	年齢	才
入学後の出席状況	欠席日数 日		
欠席の主な理由			
推薦理由			

(様式2)

高知赤十字病院奨学金貸与申請書

平成 年 月 日

高知赤十字病院
院長 浜口 伸正 様

申請者(学生)

氏 名 _____ ⑩

高知赤十字病院看護学生奨学金貸与規程による奨学生として、奨学金の貸与を受けたいので下記のとおり申請いたします。

記

卒業高等学校名					
在学大学名又は 在学看護専門学校名					
入学及び卒業見込年月		入 学	平成 年 月 日	卒 業	平成 年 月 日
学 生	住 所	〒			
	連 絡 先 (電話番号)				
	生 年 月 日	平成 年 月 日 (才)			
貸与希望期間		平成 年 月 ~ 平成 年 月			
貸与希望金額		月額 円 × ヶ月 = 円			
奨学金を希望する理由					
添 付 書 類		(1)履歴書 (2)在籍する学校長の推薦書(様式1) (3)家庭状況調査書(様式3)			

(様式3)

家庭状況調査書

平成 年 月 日

奨学金希望学生 氏名		生年月日		年 月 日生		
奨学金希望学生 住所						
保護者 住所						
家庭 の 状 況	氏名	年齢	続柄	職業等	月収又は年収(円)	その他
現在、既に受けている奨学金等の有無（有・無）※有の場合は下記にご記入ください。						
奨学金等の名称				金額（月額）		
【備考】						

(様式4)

奨学金貸与に関する誓約書

平成 年 月 日

高知赤十字病院
院長 浜口 伸正 様

申請者(学生)

氏 名 _____ ㊞

今般、高知赤十字病院の奨学生としてご承認の上は、奨学生としての本分を尽くすとともに、奨学金の返済その他の義務についても、高知赤十字病院看護学生奨学金貸与規程に従い、保証人と連帯してその責任を負うことを誓約します。

本人	学 校 名			
	現 住 所	〒		
	連 絡 先 (電話番号)			
	氏 名	㊞	生年月日	年 月 日生
第一連帯保証人	現 住 所	〒		
	連 絡 先 (電話番号)			
	氏 名	㊞	生年月日	年 月 日生
第二連帯保証人	現 住 所	〒		
	連 絡 先 (電話番号)			
	氏 名	㊞	生年月日	年 月 日生

(様式5)

奨学金振込依頼書

平成 年 月 日

高知赤十字病院
院長 浜口 伸正 様

〒
住 所 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____

奨学金については、下記の指定金融機関口座に振込みをお願いいたします。

記

(フリガナ) 金融機関名	
(フリガナ) 支 店 名	
預 金 種 別	普通預金 ・ 当座預金
口 座 番 号	
(フリガナ) 口 座 名 義	

(様式6)

高知赤十字病院奨学金返還免除申請書

平成 年 月 日

高知赤十字病院
院長 浜口 伸正 様

申請者

氏 名 _____ (印)

私は、高知赤十字病院看護学生奨学金貸与規程第13条1項の()の要件を満たしたので、奨学金の返還免除を申請いたします。

記

卒業学校名				
入学及び卒業年月日	入学	平成 年 月 日	卒業	平成 年 月 日
奨学金貸与期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月			
勤務期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月			

健康診断書

氏名		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日	
		性別	男・女	年齢	歳	
既往症				血 圧 (mmHg)		
				貧血検査	血色素数 (g/dℓ)	
					赤血球数 (万/mm)	
自覚症状				肝機能検査		
				GOT (IU/ℓ)		
				GPT (IU/ℓ)		
他覚症状				脂質検査		
				総コレステロール (mg/dℓ)		
				トリグリセライド (mg/dℓ)		
身長 (cm)				その他の検査		
				HB s 抗原		
				HB s 抗体		
体重 (kg)				心電図検査		
視力	右	()				
	左	()				
色覚						
聴力	右 1000Hz	1.所見なし	2.所見あり	医師所見		
	4000Hz	1.所見なし	2.所見あり			
	左 1000Hz	1.所見なし	2.所見あり			
	4000Hz	1.所見なし	2.所見あり			
胸部エックス線検査						
直接 間接 撮影 年 月 日		就業上の注意事項				
所見 ()						
上記のとおり判定いたします。			医療機関名			
平成 年 月 日			医師			
			(印)			