

(様式1)

# 推 薦 書

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薬剤師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	年 月 日	年 齡	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

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

高知赤十字病院薬剤師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	年 月 日	卒 業	年 月 日
学 生	住 所	〒			
	連 絡 先 (電話番号)				
	生 年 月 日	年 月 日 (才)			
貸与希望期間		年 月 ~ 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

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

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、高知赤十字病院薬剤師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

年 月 日

高知赤十字病院  
院長 浜口 伸正 様

〒  
住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

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

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、高知赤十字病院薬剤師奨学金貸与規程第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	年 月 日	卒業	年 月 日
奨学金貸与期間	年 月 ~ 年 月			
勤務期間	年 月 ~ 年 月			