

(様式1)

高知赤十字病院奨学金返還補助金制度申請書

申請日 年 月 日

高知赤十字病院
院長 浜口 伸正 様

申請者(学生)

氏 名 _____ ㊞

私は、大学在籍中に下記の貸与型奨学金を利用しています。奨学金の返還に際し、高知赤十字病院に就職し、奨学金返還補助の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

出身大学・学部・学科				
在籍（見込）期間	入学	年 月 日	卒業	年 月 日
奨学金の実施主体・名称				
返還が必要な奨学金の借入総額	円(利息・保証料除く)			
添付書類	奨学金返還補助制度に関する誓約書(様式2)			

※返還義務のある奨学金の貸与を受けていること及び、その借入総額、返済額等が分かる書類を添付すること。

(様式2)

奨学金返還補助制度に関する誓約書

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