推薦書

令和 年 月 日

高知赤十字病院 院長 谷田 信行 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。

奨 学 生 氏 名					性 別	男	· 女
生 年 月 日	令和	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							

高知赤十字病院奨学金貸与申請書

令和 年 月 日

高知赤十字病院 院長 谷田 信行 様

申請者(学生)

氏	夕.	(FII)
尺	名	(Ell)

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。

卒業高	等学	校名											
在 学 大在学看記	、学 名 護専門等	又 は 学校名											
入学及び	「卒業見」	込年月	入 学	令和	年	月	日	卒 業	令和	门	年	月	目
	住	所	Ŧ									月日	
学 生	連 絡 (電話:	· 先 番 号)											
在在 入 学 貸 貸 貸 学 金 学者 及 生 与 与 会	生 年	月日		年	月 日	(才)						
貸与	希望期	間	令和	年	月 ~	令和	ξΠ	年 月					
貸与	希望金	: 額	月額		円 ×		ケ月	=		円			
奨学金を	を希望する	5理由											
添(计 書	類		質する学	校長の推 査書 (様:		様式1)	ı					

家庭状況調査書

令和 年 月 日

奨学	金希	望学生	: 氏名					生年	三年月日			月	日生	
奨学	金希	望学生	住 所											
保	護	者	住 所											
		氏	名	年齢	続 柄	職	業	等	月収又	は年収(円)	そ	Ø	他	
家														
庭														
の状														
況														
現	在、原	既に受	けている	ラブ 受学金等の)有無(有	• 無)	% 7	有の場合	は下記に	ご記入くだる	ない。			
			奨 学	金等の	名 称				金額(月額)					
【備	考】													

奨学金貸与に関する誓約書

令和 年 月 日

高知赤十字病院 院長 谷田 信行 様

申請者(学生)

氏	名	ED
1	~H	

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。

	学校名	名				
本人	現住所	所				
	連絡先(電話番号)	先 号)				
	氏 名	名	生年月日	年	月	日生
第一連	現住所	所				
帯保証	連絡先(電話番号)	先 号)				
第一連帯保証人	氏 名	名	生年月日	年	月	日生
第二連	現住所	所				
第二連帯保証人	連絡先(電話番号)	先 号)				
人	氏 名	名	生年月日	年	月	日生

奨 学 金 振 込 依 頼 書

令和 年 月 日

高知赤十字病院 院長 谷田 信行 様

	〒	
住	所	
氏	名	Ø
電話看	^돈 무	

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。

(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	

高知赤十字病院奨学金返還免除申請書

令和 年 月 日

高知赤十字病院 院長 谷田 信行 様

申請者

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。

卒	業	学	校	名												
入:	学及び	(卒)	業年	月日	入 学	令和	年	Ē	月	日	卒	業	令和	年	月	日
奨	学 金	貸	与身	期間	令和	年	月	~	令和	4	年	月				
勤	務		期	間	令和	年	月	~	令和	<u>/</u>	年	月				