（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　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　　㊞

　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	令和　　年　　月　　日	卒業	令和　　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

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　　㊞

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3）

奨 学 金 返 還 補 助 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

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	