

(様式1)

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	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			

(様式2)

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 名 _____ (印)

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	令和 年 月 日	卒 業	令和 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		令和 年 月 ~ 令和 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

令和 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】						