

推 薦 書

令和 年 月 日

高知赤十字病院
院長 溝渕 樹 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	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 溝渕 樹 様

申請者(学生)

氏 名 _____ ⑩

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 】							