第1号様式(第3条関係)

奨　学　金　貸　与　申　請　書

平成　　年　　月　　日

大垣市長　小　川　　敏　様

本人住所

氏　　名　　㊞

父又は母氏名　　㊞

大垣市民病院看護師奨学金規則に基づく奨学生として採用のうえ奨学金を貸与して下さるよう連署してお願いします。

記

ふりがな 氏　　名 昭和・平成　　年　　月　　日生(満　　歳)			※希望貸与期間	平成　　年　　月から 平成　　年　　月まで
現　住　所				自宅・下宿・寮
在学する学校又は養成所	学校名又は養成所名			
	所　在　地			
保　護　者	氏　　名		続　柄	
	現　住　所			
※決定年月日	平成　　年　　月　　日			
※ 備　　考				

上記の者に対し奨学金を貸与されるよう推薦します。

平成　　年　　月　　日

大垣市民病院長　　印

※印の欄は記入しないでください。