

様式第1号(第4条関係)

理事長	病院長	看護部長	事務部長	総務課長

## 奨学金貸与申請書

年 月 日

社会医療法人愛宣会  
ひたち医療センター  
理事長

様

(申請者)

住 所

氏 名

印

生年月日 年 月 日生( 歳)

ひたち医療センター看護師等奨学金貸与規程に基づく奨学金の貸与を申請します。

貸与希望金額	総額 円 ※年額 120 万円以内
貸与希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日
入学年月日	年 月 日
卒業予定年月日	年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 履歴書
	<input type="checkbox"/> 学校の入学許可書(合格通知書)もしくは在学証明書
	<input type="checkbox"/> 奨学金貸与に関する誓約書(様式第2号)
	<input type="checkbox"/> 奨学金振込依頼書(様式第3号)
	<input type="checkbox"/> その他( )