

医学生奨学金申請書

嶺南医療振興財団奨学金貸与事業規則に基づく奨学金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。
 なお、奨学金の貸与を受けることとなったときは、嶺南医療振興財団医学生奨学金貸与事業規則の規定を順守するとともに、将来、所定の期間、同規則で規定する指定医療機関において常勤医師としての業務に従事します。

(ふりがな)		男 ・ 女	生年月日	S・H	年	月	日生	写真 申請前3箇月以内に正面から撮影した無帽の上半身像で、縦4センチメートル、横3センチメートルのもの	
氏名		〒 -							
現住所		(ふりがな)							
連絡先		電話番号	(スマートフォン)	-	-	(固定)	-		□ なし
※全てご記入ください		メールアドレス	(スマートフォン)	@			(P C)	@	
大学名		大学	学部	入学年月日	年	月	日	出身高校	
		学科	年					高校	
家族の状況	続柄	氏名	年齢	職業(勤務先)		年収	備考		
				()		約 万円			
				()		約 万円			
				()		約 万円			
				()		約 万円			
				()		約 万円			
				()		約 万円			
実住所	〒 -		(電話番号)		-	-			
		(ふりがな)							
連帯保証人	氏名	(ふりがな)	生年月日	S・H	年	月	日生	申請者との続柄	
	住所	〒 -						(電話番号)	-
		(ふりがな)							
	職業(勤務先)	()		年収	約		万円		
	上記申請者が奨学金の支援を受けた場合は、連帯して債務を負担することを約します。								
連帯保証人 印									
※連帯保証人だのさ方が	氏名	(ふりがな)	生年月日	S・H	年	月	日生	申請者との続柄	
	住所	〒 -						(電話番号)	-
		(ふりがな)							
	職業(勤務先)	()		年収	約		万円		
	上記申請者が奨学金の支援を受けた場合は、連帯して債務を負担することを約します。								
連帯保証人 印									

