

市立大津市民病院看護師奨学金貸与申請書

令和3年 △月 △日

地方独立行政法人市立大津市民病院理事長 様

連帯保証人は2人必要です。
それぞれの方が必ず自署し
てください。
連絡先は緊急時も含めて連
絡が出来る電話番号を記入
してください。

申請者

住所 大津市〇〇一丁目×番△号
氏名 大津 花子 (印)
連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

連帯保証人

住所 大津市〇〇一丁目×番△号
氏名 大津 太郎 (印)
連絡先 ×××-××××-××××

連帯保証人

住所 大津市☆☆三丁目△番〇号
氏名 大津 一郎 (印)
連絡先 ☆☆☆-☆☆☆☆-☆☆☆☆

市立大津市民病院看護師奨学金の貸与について、下記のとおり申請いたします。

記

- 被貸与者氏名 大津 花子
- 貸与期間 2年
- 貸与金額等 総額金 240万 円
月額 10万 円 × 24 ヶ月分
期間 令和3年 4 月から 令和5年 3 月まで

4. 添付資料

- (1) 在学証明書
- (2) 成績証明書

期間の開始は
『令和3年4月』となります。

返還誓約書

令和3年 △月 △日

地方独立行政法人市立大津市民病院理事長 様

申請者

住所 大津市〇〇一丁目×番△号

氏名 大津 花子 ⑩

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

連帯保証人

住所 大津市〇〇一丁目×番△号

氏名 大津 太郎 ⑩

連絡先 ×××-××××-××××

連帯保証人

住所 大津市☆☆三丁目△番〇号

氏名 大津 一郎 ⑩

連絡先 ☆☆☆-☆☆☆☆-☆☆☆☆

地方独立行政法人市立大津市民病院看護師奨学金を下記のとおり借用いたします。

つきましては地方独立行政法人市立大津市民病院看護師奨学金規程、その他規則等に規定された事項を遵守する他、法人が指示する事項に従い返還することを誓約します。

記

1. 貸与金額 総額 金 240万 円

月額 10万 円 × 24 ヶ月分

期間 令和3 年 4 月から 令和5 年 3 月まで