

## 奨学金貸与申請書

地域医療機能推進機構宇和島病院長 殿

所属学校 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は独立行政法人地域医療機能推進機構看護学生奨学金貸与規程に基づき、下記のとおり奨学金の貸与を申請します。

なお、貸与を受けることとなったときは、看護師等養成施設を卒業した後、院長が指定する医療機関等において看護師等としての業務に従事します。

また、奨学金の返還の債務が生じたときは、同規程により、期限内に確実に返済します。

### 記

1. 希望貸与期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

注: 下記の書類を添付すること。

1. 履歴書
2. 成績証明書
3. 卒業証明書または卒業見込証明書(看護師等養成施設入学前の場合のみ)
4. 合格通知(看護師等養成施設入学前の場合のみ)
5. 在学証明書(看護師等養成施設在学中の場合のみ)