

医師奨学生願書

令和 年 月 日

鳥取赤十字病院

院長 西土井 英昭 様

(顔写真貼付)

縦40mm×横30mm

フリガナ		性別	
氏名	印		
生年月日	年 月 日生 (満 才)		
現住所	〒		
連絡先	[固定電話] [携帯電話]	[E-mail]	
大学名		学年	学年
学歴 (職歴)	年 月	高等学校卒業	
	年 月		
	年 月		
奨学金を希望する理由			
鳥取赤十字病院 医師奨学金貸与規程に基づき、奨学金の貸与を受けたいので連帯保証人連署のうえ申請します。			
希望貸与期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		
連帯保証人	氏名	印	続柄
	生年月日	年 月 日生 (満 才)	職業
	住所	〒 (電話番号)	
採否		貸与決定番号	

誓 約 書

令和 年 月 日

鳥取赤十字病院
院長 西土井 英昭 様

今般、鳥取赤十字病院の奨学生として、ご承認の上は奨学生としての本分を
尽すことは勿論、奨学金の返済その他の義務についても、規程に従い連帯の責
任を負うことを誓約します。

本 人	学 校 名	
	現 住 所	〒 電話番号
	氏 名	印
連 帯 保 証 人	現 住 所	〒 電話番号
	氏 名	印

奨学金振込依頼書

令和 年 月 日

鳥取赤十字病院
院長 西土井 英昭 様

現住所.....

氏名.....印

電話番号.....

- 鳥取赤十字病院から私に対する奨学金の振込は、下記の銀行口座にお願いいたします。
- 鳥取赤十字病院が下記の銀行口座への振込手続きを完了したときをもって、私が奨学金を受領したものとします。

記

フリガナ	
振込先銀行名	銀行 支店
預金種別	普通預金
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

奨学金借用証書

令和 年 月 日

鳥取赤十字病院
院長 西土井 英昭 様

奨学生氏名 印

卒業後の
住所
電話番号

卒業後の
勤務先住所
電話番号

連帯保証人
氏名 印
住所
電話番号

鳥取赤十字病院奨学金貸与規程に基づく奨学金として、下記の金額を借用いたしました。

この奨学金借用につきましては、同規程に従い、私ども連帯して別紙奨学金返済計画書のとおり相違なく返還することを誓約いたします。

記

借用期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

借用月額 _____ 円

借用総額 _____ 円