

奨学金貸与申請書

愛媛医療生活協同組合奨学金規程にもとづき奨学金を受けたく書類を添え申請いたします

____年 ____月 ____日

申請者 _____ (印)

現住所 _____

電話 自宅 _____ 携帯 _____

学校名・学年 _____ 大学 _____ 年生

【希望コース】

医学生 Aコース(1・2年生5万円、3・4年生6万円、5・6年生7万円)

Bコース(全学年 10万円)

看護学生 4万円

申請理由

申請にあたっての決意

愛媛医療生協・愛媛民医連の主催する集会・研修・1日病院体験等への参加歴

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

誓約書

年 月 日

愛媛医療生活協同組合
理事長 谷井 実 殿

私は、愛媛医療生活協同組合奨学金貸与申請するにあたり、規程の目的・条項を守り、愛媛医療生活協同組合の期待に応えるべく、誠意をもって勉学に励むことを誓います。卒業後は、規程に沿って返済いたします。

申請者

本籍地 _____

現住所 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

私は上記申請者が奨学金貸与規程によって負担する一切の責務について本人と連帯し、履行の責を負うことを承諾し、保証人となります。

保証人1

住所 _____

電話 自宅 _____ 携帯 _____

氏名 _____ (印)

本人との関係 _____

職業 _____

保証人2

住所 _____

電話 自宅 _____ 携帯 _____

氏名 _____ (印)

本人との関係 _____

職業 _____

給付期間 _____ 年 _____ 月より _____ 年 _____ 月まで

給付金額 _____ 月額 _____ 円

提出書類 _____ 履歴書、在学証明書