

奨学金貸与申請書

愛媛医療生活協同組合奨学金貸与規定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 _____ 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)

看学生 5万円

添付書類 履歴書、在学証明書、保険証のコピー

申請理由

申請にあたっての決意

民医連の主催する集会・研修等への参加の状況

年 月

誓約書

年 月 日

愛媛医療生活協同組合
理事長 今村 高暢 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、規定の目的・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、規定に沿って返済いたします。

本人

本籍地

現住所

氏名



生年月日

年

月

日生

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

保証人1

住所

電話 自宅

携帯

氏名



本人との関係

職業

極度額

円(月額

円を

年

月より

年

月まで

か月分)

保証人2

住所

電話 自宅

携帯

氏名



本人との関係

職業

極度額

円(月額

円を

年

月より

年

月まで

か月分)