

年 月 日

大田市病院事業管理者 様

申請者 氏 名 ㊟

薬学生奨学金貸与申請書

奨学金の貸与を受けたいので、大田市立病院薬学生奨学金貸与規程第 7 条の規定により、関係書類を添えて提出します。

なお、貸与を受けることとなった上は、同規程を遵守し、大田市立病院で所定の期間薬剤師業務に従事することを誓います。

申請者	ふりがな			大学 学科 学年在学 年度入学		
	氏名					
	生年月日及び年齢	年 月 日生 (満 歳)				
	現住所及び電話番号等	〒 電 話 番 号 : () — メールアドレス :				
	帰省先住所及び電話番号	〒 電 話 番 号 : () —				
貸与期間		① 令和7年4月～令和8年3月 ②令和7年4月～令和9年3月 (いずれかに○)				
連帯保証人	連帯保証人は、上記の申請者がこの奨学金の貸与を受けたときは、その貸与額の全額について申請者本人と連帯してその債務を保証します。					
	氏名	㊟		生年月日		
	住所 電話番号	〒 電 話 番 号 : () —		続柄		
この奨学金と抵触する他の奨学金		☐ 受けている (都道府県名又は市町村名) ☐ 受ける予定がある(都道府県名又は市町村名) ☐ なし				

添付書類

- 1 大学の在学証明書
- 2 市町村長が発行する連帯保証人の印鑑登録証明書（発行後 3 か月以内のもの）
- 3 大田市立病院での薬剤師業務従事を志望する理由（400 字程度）