

別紙様式第1号(表)

年 月 日 申込
----------

年 月 貸付開始
----------

## 高山赤十字病院看護学生等奨学資金貸付申請書

高山赤十字病院長 殿

(申込人) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

現住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(親権者又は後見人) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、貴病院の奨学資金貸付規程に基づく奨学資金の貸付を希望したいので、関係書類を添えて申し込みます。

申 込 金 額	計 円 (月額 円)	内 訳	年度 円
			年度 円
			年度 円
			年度 円
申 込 期 間	年 月 から (延 箇月分) 年 月 まで		
連 帯 保 証 人	本 籍 地		
	現 住 所		
	続柄・性別・氏名印 生年月日	申込人の ( ) ( 男 ・ 女 ) _____ 印 年 月 日生	

- (注) (1) 連帯保証人は、独立の生計を営む成年者とする事。  
(2) 親権者又は後見人は、申込者が未成年者の場合にのみ記入すること。

※病院記載欄

受付年月日	貸付の可否	理 由	決定年月日	担当者
	可 ・ 否			

別紙様式第1号(裏)

申込者及び家族の状況				
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>(写真添付)</b></p> <p style="text-align: center;">写真を貼る位置</p> </div> <p style="font-size: small;">申込前日3ヶ月以内に撮影されたもの 縦4cm×横3cm程度</p>	本籍地	〒		
	現住所	〒		
	氏名及び性別	フリガナ 氏名 <span style="float: right;">(男・女)</span>		
	生年月日	年 月 日 生		
	最終 出身学校	所在地		
	名称			
家族の現況	続柄	氏名	年齢	現住所
学校名	所在地			
	名称			
	入学年月日	年 月 日 入学		
	卒業(予定)年月日	年 月 日 卒業(卒業予定)		
他取得 種年月 免許日	看護師	年 月 日 取得(第 号)		
	助産師	年 月 日 取得(第 号)		
	保健師	年 月 日 取得(第 号)		
		年 月 日 取得( )		

- (添付書類)
- (1) 履歴書(当院指定様式)
  - (2) 学校等の在学証明書
  - (3) 学校等又は最終出身学校の成績証明書

令和●年 ●月 ●日申込

年 月貸付開始

## 高山赤十字病院看護学生等奨学資金貸付申請書 記入例

高山赤十字病院長 殿

(申込人) 氏名 高山 花子 印

現住所 愛知県名古屋市○○町○○番地  
マンション名 100号室

(親権者又は後見人) 氏名 高山 太郎 印

私は、貴病院の奨学資金貸付規程に基づく奨学資金の貸付を希望したいので、関係書類を添えて申し込みます。

申込金額	計 ○○○○○円 (月額 50,000円)	内 訳	令和●年度 ○○○○○円
			令和▲年度 ○○○○○円
			令和■年度 ○○○○○円
			令和◆年度 ○○○○○円
申込期間	令和●年 4月から (延●箇月分) 令和●年 3月まで		
連帯保証人	本籍地	岐阜県高山市△△町△△丁目△△番地	
	現住所	同上	
	続柄・性別・氏名印 生年月日	申込人の(叔父)(男)・女) 高山 次郎 印 年 月 日生	

- (注) (1) 連帯保証人は、独立の生計を営む成年者とする事。  
(2) 親権者又は後見人は、申込者が未成年者の場合にのみ記入すること。

## ※病院記載欄

受付年月日	貸付の可否	理由	決定年月日	担当者
	可・否			

別紙様式第1号(裏)

申込者及び家族の状況				
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>(写真添付)</p> <p>写真を貼る位置</p> <p>申込前日3ヶ月以内に撮影されたもの 縦4cm×横3cm程度</p> </div>	本籍地		〒506-0000 岐阜県高山市□□町□□番地	
	現住所		〒450-0000 愛知県名古屋市○○町○○番地マンション名 100号室	
	氏名及び性別		カガナ ハコ (男・女)	
	生年月日		○○年○○月○○日 生	
	最終 出身学校	所在地	高山市○○町△丁目××番地	
	名称	○○高等学校		
家族の現況	続柄	氏名	年齢	現住所
	父	○○ ○○	××	〒506-0000 高山市□□町□□番地
	母	○○ ○○	××	同上
学校名	所在地	愛知県名古屋市○○○		
	名称	○○○○大学		
	入学年月日	令和●年 4月 1日 入学		
	卒業(予定)年月日	令和●年 3月 31日 卒業(卒業予定)		
他種 取得 年月日 免許	看護師	年	月	日 取得(第 号)
	助産師	年	月	日 取得(第 号)
	保健師	年	月	日 取得(第 号)
		年	月	日 取得( )

- (添付書類) (1) 履歴書(当院指定様式)  
 (2) 学校等の在学証明書  
 (3) 学校等又は最終出身学校の成績証明書