

様式第1号（第4条関係）

奨学金貸与申請書

病院
院長 様

長浜市病院事業の奨学生の資格を取得し、奨学金の貸与を受けたいので下記のとおり申請します。

年 月 日申請

申請者	ふりがな			性別	男 ・ 女	
	氏名	㊦		生年月日	年 月 日	
	住所	〒 自宅 — — 携帯 — —				
養成 在学 学校	名称			在学学年	回生	
	所在地			入学年月日	年 月	
				卒業見込年月日	年 月	
申請者の 学歴・職歴 (高等学校卒から)		年 月～	年 月			
		年 月～	年 月			
		年 月～	年 月			
貸与希望月額		月額 円				
貸与希望期間		年 月 から 年 月 まで 計 か月間				
連 帯 保 証 人	1	ふりがな			続柄	
		氏名	㊦		生年月日	年 月 日
		住所	〒 自宅 — — 携帯 — —			
	2	ふりがな			続柄	
		氏名	㊦		生年月日	年 月 日
		住所	〒 自宅 — — 携帯 — —			

様式第2号（第4条関係）

誓 約 書

貸 与 期 間	年 月分 から 年 月分 まで（計 か月分）
貸 与 金 額	月額 円
貸 与 条 件	長浜市病院事業薬剤師奨学金貸与要綱の定めるところによる。

私は、今般長浜市病院事業の奨学生として上記のとおり奨学金の貸与を受けるに当たっては、奨学生としての本分を尽くすことはもとより、奨学生としての義務及び奨学金の返還についても、長浜市病院事業薬剤師奨学金貸与要綱に従うことを誓約します。

年 月 日

本人氏名 ㊟

上記の者が貸与を受ける奨学金については、本人と連帯して、極度額120万円の範囲内で、債務を負担します。

年 月 日

連帯保証人氏名 ㊟

連帯保証人氏名 ㊟

院長 病院 様

様式第3号（第4条関係）

奨学金口座振込依頼書

振込先銀行	銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫		店・所
預金種目	普通預金・当座預金	口座番号	
ふりがな 名義	※本人名義の口座に限ります。		

貴病院事業から貸与を受ける長浜市病院事業薬剤師奨学金につきましては、上記口座へお振り込みください。

年 月 日

〒

本人住所

氏名

印

電話番号

—

—

長浜市病院事業管理者 様

- (注) ① 押印する印鑑は、銀行届出印を押印してください。
 ② 預金種目は、該当のものを○で囲んでください。
 ③ 預金通帳の写し（金融機関名、店名、預金種別、口座名義人、口座番号が確認できる部分）を添付すること。