

見本

様式第1号 (第4条関係)

①

奨学金貸与申請書

市立長浜病院
院長 様




(写真貼付)

- 縦4cm×横3cm
- 正面向きの顔写真
- 最近6か月以内撮影
- 写真裏面に氏名を記入

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。

忘れずに押印してください
(3か所、印鑑登録されたもの)

令和6年〇月〇日申請

申請者	ふりがな	しみん はなこ	性別	男 ・ 女
	氏名	市民花子 	生年月日	〇〇年〇月〇日
	住所	〒 526-8580 滋賀県長浜市大戌亥町313 自宅 0749-68-2324 携帯 090-0000-〇△□※		
養成学校	名称	〇〇大学	在学学年	6 回生
	所在地	滋賀県長浜市〇〇町××	入学年月日	2019年4月
申請者の学歴・職歴 (高等学校卒から)		2015年4月～2018年3月	△△高校	
		年月～年月		
		年月～年月		
今年度の募集額→100,000円 を記入してください		月額 100,000 円	令和6年4月から令和7年3月まで 計12か月間	
連帯保証人	ふりがな	しみん いちろう	続柄	父
	氏名	市民一郎 	生年月日	昭和35年1月12日
	住所	〒 526-8580 滋賀県長浜市大戌亥町313 自宅 0749-68-△△△〇 携帯 090-1111-〇△□※		
	ふりがな	ひがし べつお	続柄	伯父
連帯保証人	氏名	東 別男 	生年月日	昭和29年2月9日
	住所	〒 526-0031 滋賀県長浜市八幡東町632 自宅 0749-68-2300 携帯 090-222-〇〇〇※		

・連帯保証人は2人を立ててください
(内、1人は奨学生と別生計の者を立ててください)



誓 約 書

貸与期間	令和6年 4 月分 から 令和7年 3 月分 まで（計 12 か月分）
貸与金額	月額 100,000 円
貸与条件	長浜市病院事業薬剤師等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等奨学金貸与要綱に従うことを誓約します。

令和6年 ○ 月 ○ 日

忘れずに押印してください
(3か所、印鑑登録されたもの)

申請者 住所

氏名 市民 花子



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。

令和6年 ○ 月 ○ 日

連帯保証人 住所

氏名 市民 一郎



連帯保証人 住所

氏名 東 別男



市立長浜病院
院長 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	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫	〇〇〇〇	店 所
預金種目	普通預金・当座預金	口座番号		
		〇〇〇〇〇〇〇〇		
ふりがな 名義	しみん はなこ 市民 花子			

※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看護師等奨学金につきましては、上記口座へお振り込みください。

必ず本人名義の口座を記入してください

令和6年 〇月 〇日

〒 526-8580

本人住所 滋賀県長浜市大戌亥町313

氏名 市民 花子



電話番号 0749-68-2324

長浜市病院事業管理者 様

忘れずに
押印してください
(1か所)

- (注) ① 押印する印鑑は、銀行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。