

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

市立長浜病院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。

2024年7月1日申請

申請者	ふりがな	しみん はなこ	生 年 月 日	〇〇年〇月〇日	
	氏 名	市民 花子			
	住 所	〒 526-8580 滋賀県長浜市大戌亥町313 自宅 0749-68-2324 携帯 080-0000-〇△□※			
養成 学校 卒業	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	
			卒業見込年月日	2025年3月	
申請者の 学歴・職歴 (高等学校卒から)		2016年4月～2019年3月 年 月～ 年 年 月～ 年	△△高校		
貸与希望月額		月額 100,000 円	貸与希望額 50,000円・100,000円・ 150,000円のいずれかを記入してください		
貸与希望期間		2024年4月から 2025年3月 まで 計 12 か月間			
連 帯 保 証 人	1	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36年1月1日
		住 所	〒 526-8580 滋賀県長浜市大戌亥町313 自宅 0749-68-△△△〇 携帯 080-1111-〇△□※		
	2	ふりがな	きた なおお	続 柄	伯父
		氏 名	北 長男	生 年 月 日	昭和30年2月1日
		住 所	〒 526-0031 滋賀県長浜市八幡東町631 自宅 0749-68-2300 携帯 090-2222-〇△□※		

忘れずに押印してください
(2か所、印鑑登録されたもの)

・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)

見本

②

誓 約 書

貸与期間	2024年 4月分 から 2025年 3月分 まで（計 12か月分）
貸与金額	月額 100,000円
貸与条件	市立長浜病院臨床研修医等確保奨学金貸与要綱の定めるところによる。

私は、今般市立長浜病院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、市立長浜病院臨床研修医等確保奨学金貸与要綱に従うことを誓約します。

2024年 7月 1日

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。

上記貸与金額の総額を記入ください
(例：月額10万×12ヶ月=120万円)

2024年 7月 1日

連帯保証人 住所

氏名 市民 一郎 市民

連帯保証人 住所

氏名 北 長男 北

市立長浜病院
院長 様

忘れずに押印してください
(2か所、印鑑登録されたもの)

見本

③

様式第3号（第4条関係）

奨学金口座振替依頼書

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
		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市立長浜病院臨床研修医等確保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

2024年 7月 1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。