

奨学金貸与申請書

年 月 日

岡谷市病院事業管理者 殿

住所

氏名

印

私は、下記の養成施設において看護師等又は薬剤師の養成を受けますので、岡谷市病院事業奨学金貸与規程の規定に基づき、下記のとおり奨学金の貸与を申請します。

記

【養成奨学金】

1 学 校 名

2 希望する職種 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 薬剤師

3 希望貸与期間 年 月 日から 年 月 日まで

4 希望奨学金額 年額 円（月額 円）

【教育課程奨学金】

1 学 校 名

2 学校所在地

3 取得する資格

4 入学・卒業予定時期 入学（ 年 月）・卒業（ 年 月）

5 奨学金の額 円（内訳が分かる物を添付すること）

※資格取得奨学金の対象経費は、受験料、入学金、授業料及び教材費の直接経費のほか、住宅費など間接経費のうち、病院事業管理者が認めるものとする。

6 推 薦（看護部長の自署押印によること）

申請者 について、上記資格取得に適した職員であることを認め、奨学金の貸与について推薦します。

岡谷市民病院 看護部長

印