

遠藤松代奨学基金貸与申請書

平成 年 月 日

医療法人友愛会 理事長 遠藤 謙二 様

私こと、_____の資格取得のため通学するにあたり、奨学金を貸与していただきたく
連帯保証人と連署の上申請いたします。但し、途中退学又は資格取得後5年以上常勤として勤務できない場合
規定の定めるところにより連帯保証人と連携して貸与金全額を返済いたします。

写真
タテ40mm
×ヨコ35mm

申請者	氏名	フリガナ 印 (男・女)	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	申請時年齢 歳
	卒業学校名	名称	卒業年月
			平成 年 月卒業
	通学学校名	学校名称・学部・学科	入学年月
			平成 年 月入学
	連絡先	住所	電話番号
		〒 -	固定 携帯
帰省先	住所	電話番号	
	〒 -		
他の奨学金受給予定	あり なし ※当法人の奨学金が決定した時、他の奨学金は辞退すること。		
奨学金希望理由			

連帯保証人	氏名	フリガナ 印	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	連絡先	住所	電話番号
		〒 -	固定 携帯
	職業	申請者との関係	
勤務先	名称	住所・電話	
		〒 -	電話 ()

1. 連帯保証人は独立した生計を営む支払い能力を有する成年者とする。