

(様式第2号)

奨学金貸与申請書

令和 年 月 日

静岡赤十字病院長 様

住所

氏名

印

平成 年 月 日生

次のとおり看護師等奨学金の貸与について申請いたします。

1. 貸与を受けようとする金額 月額 60,000 円

2. 貸与を受けようとする希望期間

令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで ヶ月

3. 在学学校名

名 称

所 在 地

入 学 年 月 日 令和 年 月 日

卒 業 予 定 年 月 日 令和 年 月 日

以上