

【様式第1号】

奨学金貸与申請書

平成 年 月 日

長崎大学医師会長 様

学 校 名 長崎大学医学部医学科
学 年 ・ 卒 業 生 6学年、28・29年卒業
(ふりがな)
申請者氏名 年 月 日生

写真添付
3 × 4

長崎大学医師会奨学金規程に基づく奨学金の貸与を次のとおり受けたいので、関係書類を添えて申請します。

現 住 所		〒						Tel	
申 請	貸与月額	円			※ 決 定	貸与月額	円		
	貸与期間	平成 年 月から 平成 年 月まで				貸与期間	平成 年 月から 平成 年 月まで		
家 庭 状 況	続 柄	氏 名	年 齢	職 業	勤 務 先 ・ 就 学 先	月 収	同居・ 別居		
希 望 理 由									
連 帯 保 証 人	1	氏名	生年月日	申請者との続柄					
		住所	Tel						
		職業	Tel	年収約	円				
	2	氏名	生年月日	申請者との続柄					
		住所	Tel						
		職業	Tel	年収約	円				
上記申請者が奨学金の貸与を受けた場合は、連帯して債務を負担します。									
連帯保証人.....(印)									
連帯保証人.....(印)									

注 1 ※欄は記入しないでください。