

阿蘇市病院事業管理者 様

申請者 住 所  
氏 名 ㊟(実印)  
電話番号  
親権者又は未成年後見人  
住 所  
氏 名 ㊟(実印)  
電話番号

奨学金貸付申請書

阿蘇市病院事業薬剤師、看護師奨学金貸付条例第5条第1項の規定に基づき奨学金の貸付を受けたいので、阿蘇市病院事業薬剤師、看護師奨学金貸付条例施行規程第3条の規定により関係書類を添えて申請します。

貸付申請額	月額 円		
貸付申請期間	(元号) 年 月	～	(元号) 年 月
ふりがな		生年月日	(元号) 年 月 日
氏名			
本籍			
現住所			
在学する大学等	名称 所在地		
入学年月日	(元号) 年 月 日		
卒業予定年月	(元号) 年 月		

貸付を受ける奨学金の返還の債務については、申請者と連帯して、その責任を負います。

(元号) 年 月 日

連帯保証人 住 所  
氏 名 ㊟(実印)  
電話番号

連帯保証人 住 所  
氏 名 ㊟(実印)  
電話番号

- 注 1 申請者が未成年である場合は、親権者又は未成年後見人が連署してください。  
2 この申請書に押印した申請者、親権者又は未成年後見人及び連帯保証人の印鑑について、市町村長の証明書を添えてください。

様式第2号(第4条関係)

(元号) 年 月 日

阿蘇市病院事業管理者 様

住 所  
氏 名 ⑩

### 誓 約 書

私は、阿蘇市病院事業薬剤師、看護師奨学金貸付条例の規定に基づき奨学金の貸付を受けることになったときは(受けていますが)、同条例及び阿蘇市病院事業薬剤師、看護師奨学金貸付条例施行規程の規定を遵守し、将来、阿蘇市病院事業において薬剤師又は看護師の業務に従事することを誓約します。