

別記様式第1号（第4条関係）

奨学資金支給申請書

市立福知山市民病院奨学資金支給規程により、奨学資金（月額：3万円・5万5千円・7万円・10万円）を支給くださるよう申請します。

年 月 日

福知山市病院事業管理者 様

申 請 者	
ふりがな	
氏名	印
生年月日	年 月 日
住所	〒
電話番号	
入学年月日	年 月 日
卒業予定年月	年 月
支給希望期間	年 月～ 年 月
大学又は看護学校等の名称	
学部・専攻科等の名称	
連 帯 保 証 人	
氏名	印
住所	〒
申請者との続柄	
連絡先・電話番号	

※ 支給希望期間は原則1か年とし、翌年度以降も支給を希望する場合は、その都度支給申請書を提出してください。

※ 連帯保証人の登録印を押印し、その印鑑証明書1通を添付してください。

※ 現在在学中の看護学校等の在学証明書1通を提出してください。

※ 前年又は直近に在学していた学校の成績証明書1通を提出してください。