

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	
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。