

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・1 0 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。