

# 薬剤師奨学金返還支援金 申請書

新潟県厚生農業協同組合連合会  
常務理事 様

申請日 令和 年 月 日

申請者氏名 ⑩

住 所

電話番号

所属施設 (在籍者のみ記載)

私は、大学在籍中に下記の貸与型奨学金を利用しております。奨学金の返還に際し、新潟県厚生農業協同組合連合会に就職し、奨学金返還支援金を受給したく、関係書類を添えて申請いたします。

## 記

### 1. 出身大学・学部・学科

\_\_\_\_\_

在籍（見込）期間

平成・令和 年 月 入学  
平成・令和 年 月 卒業（見込）

### 2. 奨学金の実施主体・名称

返還が必要な奨学金の借入総額または償還残高（申請日現在）

\_\_\_\_\_ 円

※ 返還義務のある奨学金の貸付を受けていること、及びその借入総額、返済金額等が分かる書類を添付すること。