

薬学生奨学金貸与申請書

令和 年 月 日

新潟県厚生農業協同組合連合会代表理事理事長 様

現住所 〒

ふりがな

氏名

印

性別

男 ・ 女

生年月日

昭・平 年 月 日生

電話番号

() -

下記のとおり薬学生養成施設在学中に要する学資金の一部として、貴会の奨学金貸与規程に基づき、次の金額を貸与されるよう、必要書類を添えて申請いたします。

記

養成施設名	
施設所在地	〒
入学年月	令和 年 月 (令和 年4月現在、第 学年) 平成
卒業予定年月	令和 年 月
他の奨学金貸与の有無	有 ・ 申請中 ・ 無 ○有及び申請中のものについては、その名称及び貸与額 (名称： 貸与額：月額 円)
貸与期間	令和 年 4 月 ～ 令和 年 月 平成 (暦月1ヵ月当たり 100,000円を貸与)

※添付書類・・・「履歴書」・「誓約書(連帯保証人の印鑑登録証明書を添付)」・「在学証明書」

※受付・確認欄	