

(様式第1号)

球磨郡公立多良木病院企業団  
医療技術員等奨学金貸与申請書

氏名		年月日生				
本籍						
現住所						
学校又は養成所名		第 学年				
1 希望する奨学金の金額                      奨学金    一月につき                      円 2 奨学金を希望する期間                      年    月から                      年    月まで 3 入学(所)及び卒業予定年月日              年    月入学                      年    月卒業予定 4 家族の状況						
氏名	年齢	本人との続柄	住所	職業	年収(円)	備考

※当申請書に学校長推薦書、世帯全員の住民票、世帯所得者全員の所得証明書、誓約書添付