

【様式1】

医療法人養生園 精神保健福祉士奨学金返済支援制度 申込書

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

私は、医療法人養生園 精神保健福祉士奨学金返済支援制度規程に基づき、返済支援金の支給を受けたいので、申し込みをいたします。

記

1. 申請者

ふりがな			
氏名		生年月日	
連絡先	住所	〒 _____	
	電話		
	携帯電話		
	メールアドレス		

2. 学歴

最終学歴	
学校名・ 学年 在学中の場合	

3. 他団体から貸与を受けている奨学金について

奨学金の名称	
貸与期間	
貸与の合計額	
返還の状況	・毎月 _____ 円を返還（その他： _____） ・最終返還予定 _____ 年 _____ 月（合計 _____ 年 _____ ヶ月）

※ 奨学金の返済義務があることを証する書類（コピー）を添付してください。

以上