

奨学金貸付願

年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

私は、このたび伊勢赤十字病院看護学生奨学金貸付規程による奨学生として奨学金の貸付を受けたく申請します。

本 籍 (都道府県のみ)

住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日

貸付を受ける期間	年 月 から 年 月 (カ月分)
学 校 名	
入 学 年 月	年 月
貸与を希望する理由	
学費を支出している世帯年収	(該当箇所には☑に付けて下さい) <input type="checkbox"/> 600万円未満 <input type="checkbox"/> 600万円以上～1,200万円未満 <input type="checkbox"/> 1,200万円以上～1,800万円未満 <input type="checkbox"/> 1,800万円以上

- (注) 1. 履歴書、在学証明書、最終学校の成績証明書、健康診断書を添付すること。
2. 所得証明書を提出していただく場合があります。