

聖隷佐倉市民病院 一般奨学金（特別奨学生）願書

年 月 日

聖隷佐倉市民病院病院長 殿

学 校 名

学部(科)名

フリガナ
氏 名 _____ 印

私はこの度、聖隷佐倉市民病院一般奨学金貸与規則に基づき、特別奨学生の適用を受けたいので申請いたします。

現住所	〒 _____ TEL ()						
父母住所	〒 _____ TEL ()						
生年月日	年 月 日生 (才)	特別奨学生を希望する期間		年 月から 年 月まで (年 ヶ月)			
入学年月	年 月	卒業予定年月	年 月				
希望金額	3万円 ・ 5万円 いずれかを○で囲む						
学 歴 (高等学校卒業から記入)	年 月 日	事 項					
特別奨学生を希望する理由							
家族所得 ・ 別居者に×印 ・ 主たる家計支持者に○印	就学者を除く家族	続柄	氏 名	年齢	職業 (勤務先)	在職期間	年間所得金額(千円)
	就学者	続柄	氏 名	年齢	在学学校名	学年	通学の形態
							自宅・自宅外
							自宅・自宅外

採用の決定	期間	年 月 ~ 年 月	担当部長	印
		(年 ヶ月)	病院長	印