

奨学金貸与申請書

年 月 日

沖縄医療生活協同組合
理 事 長 殿

申請者氏名 ㊟

沖縄医療生活協同組合の奨学金貸付規定の主旨を理解し、奨学生制度の利用を行いたいので関係書類を添えて申請いたします。

申請者本人 記入欄	フリカナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
		(歳)			
	連絡先				
	E-mail				
	現住所	〒 (-)			
	学校名 (進学予定校)	<input type="checkbox"/> 大 学 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 専門学校			
学 部	<input type="checkbox"/> 医学部 <input type="checkbox"/> 薬学部 <input type="checkbox"/> 看護学部 <input type="checkbox"/> 歯学部 <input type="checkbox"/> その他 ()				
学 科					

関係書類

1. 履歴書 (当医療機関指定様式のもの)
2. 合格証明書又は、在学証明書 (学生証の写しでも可)
3. 契約書

受理日	担当者