

様式第1号（第6条関係）

看護師等奨学資金貸与申請書

年 月 日

臼杵市医師会立コスモス病院管理者 様

氏名 ㊟
 連帯保証人氏名 ㊟
 連帯保証人氏名 ㊟

下記のとおり看護師等奨学資金の貸与を受けたいので臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金貸与規程第6条の規定により申請します。

記

本人	本籍 (都道府県名)			氏名	
	住所	〒 TEL () -		生年月日	
	入学(予定) 養成施設	所在地	〒 TEL () -	現在学年	学年
		名称		入学(予定) 年月日	
			卒業見込 年月		
希望貸与金額		10万円コース 5万円コース いずれかを○で囲む			
卒業後の就職意思		卒業後すぐにコスモス病院で就業 します しません			
連帯保証人	本籍 (都道府県名)			本人との続柄	
	住所	〒 TEL () -		職業	
	氏名			生年月日	
	本籍 (都道府県名)			本人との続柄	
	住所	〒 TEL () -		職業	
	氏名			生年月日	
備考					

誓 約 書

年 月 日

臼杵市医師会立コスモス病院管理者 様

住所

氏名

㊟

臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金貸与規程に基づく_____年度
奨学生として、奨学金の貸与を受けることになりました。

ついては、同規程及び御指示の事項を堅く守ります。

連帯保証人 住所

氏名

㊟

連帯保証人 住所

氏名

㊟

連帯保証人として臼杵市医師会立コスモス病院看護師等奨学資金貸与規程に
基づく一切の責任を負います。

（注）連帯保証人の印については、印鑑登録証明書を添付のうえ、印鑑登録している
ものを押印すること。