

第1号様式（第1条関係）

（表）

公益財団法人磐城済世会医師育成奨学金貸与申請書

年 月 日

公益財団法人磐城済世会 理事長 様

申請者 本 籍
住 所
氏 名 ㊟
生年月日 年 月 日
性 別 男・女

公益財団法人磐城済世会医師育成奨学金の貸与を受けたいので、公益財団法人磐城済世会医師育成奨学金貸与条例第2条の規定により、下記のとおり申請します。

記

貸与申請額	月額	円	貸与期間	年 月 日から 年 月 日まで			
大 学	名 称						
	学部・学科	学部	学科	学 年 年			
	所 在 地	郵便番号 () 電話番号 ()					
	入 学 日 年 月 日	年 月 日	卒業見込 年 月 日	年 月 日			
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	職 業	勤 務 先	年 収 (税込み)	住 所

(裏)

保 証 人	本籍					
	住所					
	(ふりがな) 氏名				性別	男・女
	生年 月日	年	月	日	続柄	
	職業			年収 (税込み)	万円	
	連絡先	自宅 携帯				
	勤務先					
保 証 人	本籍					
	住所					
	(ふりがな) 氏名				性別	男・女
	生年 月日	年	月	日	続柄	
	職業			年収 (税込み)	万円	
	連絡先	自宅 携帯				
	勤務先					

上記の申請について同意します。

親権者又は未成年後見人 住所
氏名 ㊟

上記の申請により奨学金の貸与を受けたときは、本人と連帯してその債務を履行することを保証します。

保証人 住所
氏名 ㊟

保証人 住所
氏名 ㊟