様式第1号（第２条関係）

|  |
| --- |
| **世羅中央病院企業団薬剤師奨学金貸付申請書****世羅中央病院企業団薬剤師奨学金貸付条例の規定により奨学金の貸付けを受けたいので、関係書類を添えて申請します。**国公立大学の場合は50,000円に、私立大学の場合は50,000円又は100,000円の希望する金額に🗹をしてください。**貸付申請金額　□　月額　５０，０００円****□　月額１００，０００円** **貸付申請期間　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで****なお、奨学金の貸付を受けましたうえは、学生としての本文を尽くして修学するとともに、薬剤師の免許を取得するように努力します。****□ 私及び三親等以内の親族に反社会的勢力等及びその関係者はおりません。またそれらに対する利益供与等を行うことはありません。**（同意される場合は🗹をしてください。）**年　　　月　　　日****申請人住所****氏名**㊞**連絡先電話番号****上記の者が世羅中央病院企業団薬剤師奨学金貸付条例の規定により、薬剤師養成大学在学中に貸付を受ける奨学金の返還の債務について連帯して保証します。****連帯保証人住所****氏名**㊞　**連絡先電話番号****連帯保証人住所****氏名**㊞**連絡先電話番号****世羅中央病院企業団　企業長　様** |

**※連帯保証人のうち1名の方は親権者又はこれに類する者、もう1名は申請人と同一世帯でなく、かつ別生計の者とすること**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **貸付番号** |  |
| **氏名・性別** | **男・女** | **生年月日** | **年　　月　　日生** |
| **住　所** |  |
| **学校名** |  |
| **所在地** |  |
| **年　　　月　　　日入学** | **年　　　月　　　日卒業予定** |
| **出身学校** | **年　　　月　　　日卒業　　　　　　　　　　　　　　　学校** |
| **世羅中央病院企業団薬剤師奨学金貸付を受けたことのある人は、期間及び総額を記入** | **期間　　　　　年　　　月　～　　　年　　月まで****総額　　　　　　　　　　　円** |
| **年　　　月　　　日卒業** | **年　　　月　　　日免許取得** |
| **総額　　　　　　　　　　円** | **年　　　月　～　　　年　　　月　　　日まで****月額　　　　　　　　　円** |
| **返還猶予** | **年　　月　　日決定****理由：** | **期間　　　年　　月　　日から****年　　月　　日まで** |
| **返還免除** | **年　　月　　日決定** | **免除額** | **円** |
| **返　　還** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **５** | **６** | **７** | **８** |
| **９** | **10** | **11** | **12** |
| **13** | **14** | **15** | **16** |
| **17** | **18** | **19** | **20** |
| **21** | **22** | **23** | **24** |
| **25** | **26** | **27** | **28** |
| **29** | **30** | **31** | **32** |
| **33** | **34** | **35** | **36** |
| **37** | **38** | **39** | **40** |
| **その他の事項** |  |