

地方独立行政法人堺市立病院機構 理事長 様

申請者の写真貼付

たて よこ

$4\text{ cm} \times 3\text{ cm}$

3ヶ月以内のもの

申請者 氏 名



(法定代理人 氏 名)

実印

奨学金貸与申請書

奨学金の貸与を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな			年		月	日生
	氏 名					(満	歳)
	住 所	住 所 〒(—)					
		自宅 — — 携帯 — —					
	メールアドレス	(できるだけパソコンのアドレスをお願いします)					
在学 する 学校	名 称						
	所在地						
	科 名	(修学年限 年)					
	入学年月日	年	月	日	卒業見込年月日	年	月 日
申請者の学歴・職 歴（高等学校卒業 から）		年	月～	年	月		
		年	月～	年	月		
		年	月～	年	月		
貸与希望期間		年 月 ～ 年 月 (計 ヶ月間)					
貸与希望金額		就 学 金	月額 円× 月＝ 円				
		入学資金	※申請年度において第1学年に限る 円		合 計	円	
連 帯 保 証 人 (注)	氏 名			実印	申請者との続柄		
	住 所	自宅 — — 携帯 — —					
	勤務先	電話 — —					
保 証 人 (注)	氏 名			実印	申請者との続柄		
	住 所	自宅 — — 携帯 — —					
	勤務先	電話 — —					

(注1) 法定代理人は、民法上の親権者となります。申請者が未成年（20歳未満）の場合に記入してください。親権者がいない場合には未成年後見人を記入してください。

(注2) 連帯保証人は、原則として父母となります。申請者が未成年の場合、法定代理人が連帯保証人となります。

(注3) 保証人は、原則として4親等以内の親族(父母を除く兄弟姉妹、おじ、おば、いとこ等)のうち本人および連帯保証人と別生計の人を選んでください。

(注4) 申請者、連帯保証人および保証人は、それぞれ自筆により署名し、連帯保証人および保証人については、印鑑証明書と同一の印を押印してください。

(注5) 記載事項に変更があった場合は、すみやかに連絡してください。

誓 約 書

奨学金の貸与を受けることとなったときは、地方独立行政法人堺市立病院機構看護師等奨学金貸与要綱を遵守し、届出その他の義務についても誠実にこれを履行するとともに、同要綱に定める期間について、堺市立総合医療センターで看護師または助産師の業務に従事することを誓約します。

申請者

住 所

氏 名

印

(法定代理人)

住 所

氏 名

実印

上記の者が奨学金の貸与を受けた際は、連帯保証人については、本人と連帯して奨学金返還の責を負い、保証人は、本人や連帯保証人が返還できなくなった場合、本人に代わって奨学金返還の責を負う事を誓約します。あわせて、地方独立行政法人堺市立病院機構看護師等奨学金貸与要綱を遵守するとともに、届出その他の義務についても、誠実にこれを履行することを誓約します。

連帯保証人

住 所

氏 名

実印

保証人

住 所

氏 名

実印

(注1) 連帯保証人および保証人の印鑑は、印鑑登録しているものを使用してください。

(注2) 申請者が未成年の場合は、法定代理人も記入してください。

面接シート

申請者氏名

1. 奨学金申請の理由を聞かせてください

2. 看護師になりたいと思ったきっかけを教えてください

3. 卒業後「堺市立総合医療センター」に就職したいと思う理由は何ですか
