

(第1号様式)

奨学金貸付申請書兼誓約書

年 月 日

(宛先) 医療法人 博愛会

申請者

(自 署)

奨学金の貸付けを受けたいので、医療法人博愛会 医学生奨学金貸与規程第5条の規定により次のとおり申請します。

なお、貸付けの決定を受けた場合は、次の事項を誓います。

- 1 医療法人博愛会 医学生奨学金貸与規程を遵守すること。
- 2 医療法人博愛会以外の団体から、医師の確保を目的とした修学資金（これと同種のものを含む）の給付又は貸付けを受けないこと。
- 3 将来、医療法人博愛会の医師として勤務すること。

貸与を受けようとする期間及び金額				
年 月から		年 月まで (計 月)		合計金額 円
本 籍				
住 所				
ふ り が な 氏 名				
生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号	— —	
大学名・学部名				
入 学 年 月	年 月	卒 業 予 定 年 月	年 月	
現 学 年	年	専 攻 志 望 科		
貸 付 け を 希 望 す る 理 由				
家 族 の 状 況	家 族 の 住 所			
	連 絡 先	続 柄 :	電 話 番 号 :	— —
	続 柄	氏 名	年 齢	職 業 又 は 勤 務 先

(裏面)

(連帯保証人)

奨学金の貸付けを受けた者に奨学金の返還義務が生じたときは、連帯して負担します。

本籍			
住所			
ふりがな氏名		印	
申請者との続柄		電話番号	— —
生年月日	年 月 日	職業又は勤務先	
連帯保証人が支払いの責任を負う極度額	円		

本籍			
住所			
ふりがな氏名		印	
申請者との続柄		電話番号	— —
生年月日	年 月 日	職業又は勤務先	
連帯保証人が支払いの責任を負う極度額	円		

備考	
----	--

(注意)

- 1 連帯保証人欄への記入は、必ず連帯保証人本人が自署して下さい。
- 2 連帯保証人は、20歳以上の者で独立した生計を営むものとして下さい。
- 3 連帯保証人の印欄には、印鑑証明書と同一のものを押印して下さい。
- 4 「連帯保証人が支払いの責任を負う極度額」は、表面の「貸与を受けようとする期間及び金額」欄の合計金額を記入して下さい。