

(第1号様式)

奨学金貸付申請書兼誓約書

令和6年 10月 1日

(宛先) 医療法人 博愛会

記入日を入れてください
自署で記入

申請者

(自署) 沖繩 太郎

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、次の事項を誓約します。

1 医療法人博愛会 医学生奨学金貸与規程を遵守する。

2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、獣医師、公費医療従事者として勤務すること。

3 将来、医師として勤務すること。

貸与を受ける月数 × 100,000 円
この場合：24月 × 100,000 円

大学卒業予定年月を記入

貸与を受けようとする期間及び金額				
令和7年4月から令和9年3月まで(計24月)		合計金額	2,400,000 円	
本籍	〒901-0101 浦添市牧港1199番地			
住所	〒901-0101 浦添市牧港1199番地			
ふりがな	おきなわ たろう			
氏名	沖繩 太郎			
生年月日	平成14年8月7日	電話番号	090 - 0000 - 0000	
大学名・学部名	〇〇〇大学 医学部 医学科			
入学年月	令和3年4月	卒業予定年月	令和8年3月	
現学年	4年	専攻志望科	循環器内科 ※ご自身でお決め下さい	
貸付けを希望する理由	〇〇〇〇 〇〇〇〇 あなたが貸付を希望する理由を記入してください 〇〇〇〇			
家族の状況	家族の住所	〒901-0101 浦添市牧港1199番地		
	連絡先	続柄：父 電話番号： 090 - 0000 - 0000		
	続柄	氏名	年齢	職業又は勤務先
	父	沖繩 健太	57	自営業(職種記入)
	母	沖繩 花子	55	〇〇株式会社(パート)
	姉	沖繩 ゆり	27	△△病院
妹	沖繩 さくら	18	高校生	


日中連絡のつく番号を記入


(裏面)

(連帯保証人)

保証人としての返還義務が生じたときは、連帯して負担します。

必ず連帯保証人本人が自署

本籍	〒901-0101 浦添市牧港1199番地		
住所	〒901-0101 浦添市牧港1199番地		
ふりがな氏名	おきなわ けんた 沖繩 健太	<input type="checkbox"/> 日中連絡のつく番号を記入	印 
申請者との続柄	父	電話番号	090 - 9999 - 9999
生年月日	昭和40年7月21日	職業又は勤務先	自営業(職種記入)
連帯保証人が支払いの責任を負う極度額	<input type="checkbox"/> 表面の「貸与を受けようとする期間及び金額」欄の合計金額記入		2,400,000円

本籍	〒902-0202 浦添市牧港2222番地		
住所	〒902-0202 浦添市牧港2222番地		
ふりがな氏名	おきなわ けんじろう 沖繩 健二郎	印 	
申請者との続柄	叔父	電話番号	090 - 8888 - 8888
生年月日	昭和45年5月29日	職業又は勤務先	公務員
連帯保証人が支払いの責任を負う極度額	<input type="checkbox"/> 表面の「貸与を受けようとする期間及び金額」欄の合計金額記入		2,400,000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。