

未成年者用

20 年 月 日

帝京大学医学部附属病院
病院長 殿

学校名

学 年 年

氏 名 (印)

奨学金貸付願及び誓約書

私は、「帝京大学医学部附属病院看護学生奨学金貸付規程」に基づき、下記の通り奨学金の貸付を受けたく、申請いたします。

私は、貴病院の奨学生として採用され、奨学金の貸付を受ける場合には、「帝京大学医学部附属病院看護学生奨学金貸付規程」を遵守し、奨学生としての責務をはたすことはもとより、奨学金の返還等については、規程に従います。

以上について、下記の通り連帯保証人と連署（印鑑証明書添付）のうえ申請と誓約をいたします。

記

1. 貸付金額 月額 30,000円
2. 貸付期間（西暦） 年 月 から 年 月（ 年 ヲ月）
3. 貸付期間に基づく貸与総額 円
4. 保証債務の極度額 円（貸付総額+3割）

フリガナ		印	学籍番号
奨学生本人 氏名	生年月日（西暦） 年 月 日生		
フリガナ	〒 ー		
奨学生本人 住所	電話番号（自宅）	携帯電話番号	メールアドレス
			@
フリガナ		印	本人との続柄
上記法定代理人 親権者氏名	生年月日（西暦） 年 月 日生		父
フリガナ		印	本人との続柄
上記法定代理人 親権者氏名	生年月日（西暦） 年 月 日生		母
フリガナ	〒 ー		
上記法定代理人 親権者住所	電話番号（自宅）	携帯電話番号	メールアドレス
		(父)	(父) @
		(母)	(母) @

《裏面に続く》

未成年者用

(注) 以下は連帯保証人本人が記入して下さい。実印を押し、「印鑑登録証明書」を添付して下さい。

フリガナ			実印	本人との続柄
連帯保証人 氏名	生年月日（西暦） 年 月 日生			
フリガナ				
連帯保証人 住所	〒 ー			
	電話番号（自宅）	携帯電話番号	メールアドレス	
			@	
フリガナ			勤務先電話番号	
勤務先名称 (部署名含む)				
フリガナ				
勤務先住所	〒 ー			

※連帯保証人は、奨学生本人の父母またはこれに準ずる者で、独立生計を営む者としてします。

※連帯保証人は、上記「4. 保証債務の極度額」を限度として、奨学生本人と連帯で返還の義務を負います。

以上