

薬剤師奨学金返還補助申請書

安曇野赤十字病院
院長 中野 武 様

申請日 令和 年 月 日

申請者氏名 印

住所 〒

電話番号

私は、大学在籍中に下記の貸与型奨学金を利用しています。奨学金の返還に際し、安曇野赤十字病院に就職し、奨学金返還補助を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 出身大学・学部・学科

在籍（見込）期間

_____年 _____月入学

_____年 _____月卒業（見込）

2 奨学金の実施主体・名称

返還が必要な奨学金の借入総額
(利息・保証料除く)

_____円

※返還義務のある奨学金の貸与を受けていること、およびその借入総額、返済額等が分かる書類を添付すること。