薬剤師奨学金返還補助申請書

安 曇 野 赤 十 字 病 院

院長　 木 下　 修　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。