

様式第1号(第2条関係)

みやぎ県南中核病院企業団薬剤師奨学金貸付申請書

みやぎ県南中核病院企業団

企業長 様

年 月 日

申請者

住所

氏名

印

奨学金の貸付けについて、下記のとおり申請します。

記

1 在学する大学

名称

所在地

学部学科

学年

入学年月日

卒業予定年月日

2 貸付申請期間 年 月分から 年 月分まで(箇月分)

3 貸付申請金額 円(月額 100,000 円 × 箇月)

4 申請理由等

① 病院で勤務する薬剤師を目指す理由

② この奨学金貸付制度を利用しようとする理由

様式第2号(第2条関係)

履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな			写真貼付 縦 5cm×横 4.5cm (裏面に氏名記入)
氏 名			
	年 月 日生(満 歳)	男・女	
住 所	〒(—)		
TEL	(自宅)	(携帯)	
E-mail			
連絡先	〒(—) TEL ※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入		
年 月	学歴(中学校以上)・職歴など(項目別にまとめて書くこと)		

記入上の注意

- 1 鉛筆以外の青又は黒の筆記用具で記入すること。
- 2 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書くこと。

様式第4号(第2条関係)

年 月 日

みやぎ県南中核病院企業団

企業長 様

大 学 名

学 長 名 印

推薦書

下記の者は、みやぎ県南中核病院企業団薬剤師奨学金貸付条例に基づく奨学金の貸付けを受ける者として適当と認められるので推薦します。

記

氏 名		生 年 月 日	
入学年月日		卒業予定年月日	
成績概評	在学年(年学) 在学成績が 1 特にすぐれている 2 すぐれている 3 普通		
修学資金の貸付けを必要とする程度	1 特に必要である 2 必要である		
その他参考意見			