

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 下瀬川 徹 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