

決定番号	第	号
------	---	---

桐生地域医療企業団
企業長 様

印

なお、貸与を受けることとなった上は、同規程の規定を遵守し、業務従事期間が従事必要期間に達するまでの間、病院において、薬剤師としての業務に従事することを誓います。

本人	ふりがな氏名		生年月日及び年齢	年 月 日生 (満 歳)
	大学名		正規の 修学期間	年 月から 年 月まで
	現住所及び 電話番号		〒 電話番号 () -	
	帰省先住所 及び電話番号		〒 電話番号 () -	
連帯保証人	ふりがな氏名			
	生年月日		年 月 日生	年 月 日生
	本人との続柄			
	住所及び 電話番号		(電話)	(電話)
	職業			
	勤務先	名称		
		所在地		
		職名		
	収入額(前年)		年間 円	年間 円
参考事項				

	氏名	続柄	年齢	勤務先	同居及び 別居の別	備 考
家 族 の 状 況						
申 請 の 理 由 及 び 将 来 の 目 標 等	※ 800字以内					
他の奨学金等の貸与を受けている場合、その名称を記載 (他の奨学金等の貸与を予定している場合も記載)						

添付書類

- | | | |
|----------------|---------------|------------|
| 1 履歴書 (様式第2号) | 2 誓約書 (様式第3号) | 3 大学の在学証明書 |
| 4 前学年における学業成績表 | 5 住民票の写し | |