

別紙様式 2

奨学金返還支援金貸与願

令和 年 月 日

石巻赤十字病院長 殿

学校名 _____
 学 年 第 _____ 学年
 申請者 _____
 氏 名 _____ ㊟

(全面のり付け)
 写真貼付
 (無帽、上半身、3
 カ月以内に撮影)
 4 cm × 3 cm

奨学金返還支援金の貸付を受けたいので石巻赤十字病院奨学金返還支援金貸与規程第 5 条により、関係書類を添えて申請します。

本 籍			
現 住 所	〒		TEL
家族現住所	〒		TEL
最 終 学 歴	年	月	卒業

家族の状況

続柄	氏 名	年齢	職業	勤務先	年収	同居別居の別

貸付に関する事項

支援金貸与申請額	円 (円 × 月)		
現に受けている奨学金	名称	金額	円/月
借 受 期 間	年 月 ~ 年 月までの カ月		