

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 _____^①

奨学金返還支援金の貸与を受けたいので、石巻赤十字病院奨学金返還支援金貸与規程第 6 条に基づき、関係書類を添えて申請します。

現 住 所	〒		
電話番号			
家族現住所	〒		
家族電話番号			
最 終 学 歴	年	月	卒業
貸与に関する事項			
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		