

様式第1号(薬学生用)

令和 年 月 日

奨学金貸与申請書

地域医療機能推進機構二本松病院長 殿

所属大学 _____

氏 名 _____ (印)

私は独立行政法人地域医療機能推進機構薬学生奨学金貸与規程に基づき、下記のとおり奨学金の貸与を申請します。

なお、貸与を受けることとなったときは、大学を卒業した後、院長が指定する医療機関等において薬剤師としての業務に従事します。

また、奨学金の返還の債務が生じたときは、同規程により、期限内に確実に返済します。

記

1. 希望貸与期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

注: 合格通知または在学証明書及び成績証明書を添付すること。(例)