

# リハビリテーションスタッフ奨学金貸与申請書

|                            |                         |            |               |                |
|----------------------------|-------------------------|------------|---------------|----------------|
| 本人                         | ふりがな<br>氏名              |            |               | (男・女)          |
|                            | 生年月日                    | 年          | 月             | 日生 満 歳         |
|                            | 現住所                     | 〒          |               | 電話 - -         |
|                            | 家族現住所                   | 〒          |               | 電話 - -         |
|                            | 本籍                      | 都道府県       |               |                |
| リハビリ<br>リスト<br>スタッフ<br>奨学生 | 親権者<br>又は<br>同等者        | ふりがな<br>氏名 | (男・女) 年 月 日生  |                |
|                            |                         | 現住所        | 〒             |                |
|                            |                         | 本人との続柄     | 自宅電話番号<br>- - | 携帯電話番号<br>- -  |
|                            |                         | 職業         | 勤務先           | 勤務先電話番号<br>- - |
| 独立の<br>生計を<br>営む<br>保証人    | 独立の<br>生計を<br>営む<br>保証人 | ふりがな<br>氏名 | (男・女) 年 月 日生  |                |
|                            |                         | 現住所        | 〒             |                |
|                            |                         | 本人との続柄     | 自宅電話番号<br>- - | 携帯電話番号<br>- -  |
|                            |                         | 職業         | 勤務先           | 勤務先電話番号<br>- - |

奨学金総額 600,000 円 × \_\_\_\_ 年 = \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり相違ありません。  
リハビリテーションスタッフ奨学生として採用いただきたく保証人連署の上申請します。

年 月 日

社会医療法人 近森会  
理事長 近森正幸 様

本人 氏名 (印)

連帯保証人 氏名 (印)

連帯保証人 氏名 (印)