

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 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 スタッフ 奨学生	親権者 又は 同等者	ふりがな 氏 名	(男 ・ 女) 年 月 日生	
		現 住 所	〒	
		本人との続柄	自宅電話番号 — —	携帯電話番号 — —
		職業	勤務先	勤務先電話番号 — —
採用後の 連帯保証人	独立の 生計を 営む者	ふりがな 氏 名	(男 ・ 女) 年 月 日生	
		現 住 所	〒	
		本人との続柄	自宅電話番号 — —	携帯電話番号 — —
		職業	勤務先	勤務先電話番号 — —
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 入江博之 様 本 人 氏 名 ⑩ 連帯保証人 氏 名 ⑩ 連帯保証人 氏 名 ⑩				