

## 公益社団法人地域医療振興協会 診療看護師 (NP)

## 養成課程学生奨学金貸与申請書

年 月 日

公益社団法人地域医療振興協会  
理事長 吉 新 通 康 様

私は、公益社団法人地域医療振興協会診療看護師 (NP) 養成課程学生奨学金貸与規程 (以下「規程」という。) に基づき、下記のとおり奨学金の貸与を申請します。

尚、貸与を受けることとなったときは規程を遵守し業務に従事します。また、規程により奨学金の返還の債務が生じたときは、期限内に確実に返済します。

## 記

病院等の名称	
ふりがな	
氏名	印
生年月日	年 月 日
住所	〒 ー
電話番号	
教育機関名称	
入学年月日	年 月 日
卒業予定年月	年 月