様式第１号

奨 学 生 申 請 書

 令和　　年　　月　　日

　国立病院機構まつもと医療センター院長　様

このたび、２０２０年度国立病院機構まつもと医療センターの奨学生として採用くださるよう申請いたします。

　　　　　　　　　　　現 住 所

　　　　　　　　　　　本人氏名(自署) 　 

　　　　　　　　　　　　昭和・平成　　年　　月　　日生

様式第３号

奨 学 生 誓 約 書

 令和　　年　　月　　日

　国立病院機構

　　まつもと医療センター院長　様

このたび、令和２年度国立病院機構まつもと医療センター（以下「まつもと医療センター」という。）の奨学生として採用されましたので、卒業後直ちに看護師（助産師）としてまつもと医療センターに貸与期間勤務することを連帯保証人連署・捺印をもって誓約いたします。

なお、貸与を受ける年額６００，０００円（令和２年度から毎年４月及び１０月に奨学金の年額の２分の１に相当する額を貸与。無利息。）については、独立行政法人国立病院機構まつもと医療センター貸与要領（以下「貸与要領」という。）第１１条により返還の債務が免除される場合を除き、貸与要領第　１２条に基づき返還いたします。

　（本人）

　　　現住所

　　　氏　名(自署) 　 　 

　　　　昭和・平成　　年　　月　　日生

　（連帯保証人）

　　　現住所

　　　氏　名(自署) 　 

　　　　昭和　　年　　月　　日生

 本人との関係

注意）連帯保証人は、登録された印鑑を押印し、印鑑登録証明書を添付して下さい。

様式第４号

奨 学 生 辞 退 願

 令和　　年　　月　　日

　国立病院機構

　　まつもと医療センター院長　様

このたび、　　　　　　　　　　　の事由により奨学生を辞退したいので、ご承認下さるようお願い致します。

なお、すでに貸与を受けていた奨学金（　　　　円）は、指定された期限までに返還致します。

記

　（本人）

　　　現住所

　　　氏　名(自署) 　　 　 

　　　　昭和・平成　　年　　月　　日生

　（連帯保証人）

　　　現住所

　　　氏　名(自署) 　 

　　　　昭和　　年　　月　　日生

 本人との関係