（様式第１号）

労働者健康安全機構薬学生奨学金貸与申請書

（申請人欄）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 私に労働者健康安全機構薬学生奨学金を貸与くださるよう誓約書を添えて申請いたします。 | | | | | |
| 申　　請　　者 | フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　　名 |  | |
| 現 住 所 等 | （〒　　-　　　）  TEL  mail | | | |
| 大学の入学年月 | 令和　　　　年　　　　月 | 大学の卒業見込年月 | | 令和　　　年　　　月 |
| 大学名・学部学科名 | |  | | | |
| 申　請　事　項 | | 【貸与金額】　月額５０，０００円 | | | |
| 【貸与期間】　令和　　　　年　　　　月　から　令和　　　　年　　　　月　まで | | | |
| 令和　　年　　月　　日  （申請人氏名）  　独立行政法人労働者健康安全機構　秋田労災病院長　奥山　幸一郎　殿 | | | | | |

（連帯保証人１欄）

|  |
| --- |
| 私は、上記申請人　　　　　　　　　が奨学金を貸与されることになりましたうえは、申請人及び連帯保証人２と連帯して所定の義務を履行します。  　令和　　年　　月　　日  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　（申請人との関係　　　）  　独立行政法人労働者健康安全機構　秋田労災病院長　奥山　幸一郎　殿 |

（連帯保証人２欄）

|  |
| --- |
| 私は、上記申請人　　　　　　　　　が奨学金を貸与されることになりましたうえは、申請人及び連帯保証人１と連帯して所定の義務を履行します。  　令和　　年　　月　　日  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　（申請人との関係　　　）  　独立行政法人労働者健康安全機構　秋田労災病院長　奥山　幸一郎　殿 |

（記入上の注意事項等）

1　氏名はすべて自署すること

2　連帯保証人は、独立の生計を営む成人とすること。申請人が未成年者であるときは、親権者たる父母又は後見人とすること。

3　本様式に記載された個人情報は当該奨学金貸与手続においてのみ用いられます。また、取得した個人情報は独立行政法人労働者健康安全機構個人情報保護規程に基づいて管理されます。