

奨学金返還支援金給付申請書

公益社団法人益田市医師会 会長 様

申 請 日 年 月 日

申請者氏名 印

住 所

電 話 番 号

私は、大学在籍中に下記の貸与型奨学金を利用しています。奨学金の返還に際し、益田市医師会に就職し、奨学金返還支援金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 . 出身大学・学部・学科

在 籍 (見 込) 期 間 年 月 入 学
年 月 卒 業 (見 込)

2 . 奨学金の実施主体・名称

返 還 が 必 要 な 奨 学 金 の 円
借 入 総 額 (利 息 ・ 保 証 料 除 く)

※返還義務のある奨学金の貸与を受けていること、および、その借入総額、返済額等が分かる書類を添付すること