

(保健医療学部 看護学科 指定校推薦入試用)

第一号様式 (第3条関係)

学校法人朝日大学看護師奨学金貸与申請書

西暦 年 月 日

学校法人朝日大学理事長 殿

本 人 氏名 ⑩

電話番号 - -

保 護 者 氏名 ⑩

電話番号 - -

学校法人朝日大学看護師奨学金規程に基づく奨学生として採用のうえ奨学金を貸与して
くださるよう連署してお願いします。

記

ふりがな 氏 名	西暦 年 月 日生 (満 歳)	希望 貸与期間	(西暦)	年 月から 年 月まで
現 住 所	〒			自宅・下宿・寮
出身高等学校等	学 校 名			
	所 在 地			
保 護 者	氏 名		続 柄	
	現 住 所	〒		
※決定年月日	西暦 年 月 日			
備 考				
※ 上記の者に対し奨学金を貸与されるよう推薦します。 西暦 年 月 日 朝日大学病院長 印				

※印の欄は記入しないでください。