

医療法人良善会 ひかり病院「看護奨学生」申込書

医療法人良善会

理事長 柳橋健 様

申請日	西暦 年 月 日			
氏名	フリガナ		フリガナ	
	漢字（姓）		漢字（名）	
生年月日	西暦 年 月 日			
	満 歳 男 ・ 女			
現住所	〒			
電話番号				
メールアドレス				
在籍学校名				
入学年月	西暦 年 月			
卒業予定年月	西暦 年 月 （予定）			
奨学金貸与希望種類 希望の種類に○	<input type="checkbox"/>	ベーシックコース（180万円）	毎月5万円を3年間（36回）支給	
	<input type="checkbox"/>	サポートコース（概算225万円）	入学金を除く学費のサポート	
	<input type="checkbox"/>	フルサポートコース（概算260万円）	学費全額のサポート	
勤務先	名称			
無い場合はレ	所属部署			
⇒□	所在地	〒		