

申請日（西暦）： 年 月 日

新潟医療生活協同組合

理事長 鈴木 克夫 様

新潟医療生活協同組合奨学金規程に定めるところにより、下記のとおり奨学金を支給していただきたく、下記署名人連署のうえ申請いたします。

なお、申請に際しては、別紙記載の個人情報の「利用目的」及び「個人情報の取り扱いについて」に同意のうえ、申請いたします。

申請者氏名： \_\_\_\_\_

学校（大学）学部学科・学年 \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

記

奨学金： 金 2,400,000 円也

本人： 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人と生計が異なる人

保証人： 住所 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人との続柄： \_\_\_\_\_

本人が未成年の場合に記入して下さい

保護者： 住所 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印