

医療法人恵愛会福間病院理事長 殿

奨学金申請書

私は福間病院奨学金規定を了承のうえ、奨学金を申請します。

年 月 日

現住所 〒 _____

電 話 (自宅)

(携帯)

本人署名 _____ (印) (才)

- ・この制度は、医療法人恵愛会福間病院が定める資格を取得するための学校または養成校(以下、学校等)に在学する者で卒業後、福間病院に勤務しようとする者に対して、奨学金を貸付するものです。
 - ・学校等卒業後、雇用審査において適格と認められ、貸付期間に相当する期間、福間病院に勤務した場合、貸付した奨学金の返還が免除されます。
 - ・校則に反し、又は学業成績不良、その他の理由により奨学金の貸付が不相当と認められた場合は奨学金の貸付を休止します。
 - ・学校等在学中に退学、又は卒業後、福間病院に就職しなかった場合は、貸付した奨学金を返還していただきます。
- ※その他詳細については、「医療法人恵愛会福間病院奨学金規定」をご確認ください。