別記様式第1号(第5条関係)

奨学金申請書

　　年　　月　　日

　熊本大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

住　　所

（自署）

学　　年　　　　　　　　　　　　　年

学生番号

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生

電話番号　　　　　－　　　　　－

　私は、熊本大学病院における医学部医学科学生に対する奨学金実施要項に定める奨学金の受給を希望するため、同要項の内容に同意の上、下記のとおり申請します。

記

　受給希望期間　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日