

「薬剤師奨学金制度」申請書

年 月 日

社団医療法人呉羽会
理事長 緑川 靖彦 様

申請者 氏名 印

社団医療法人呉羽会 呉羽総合病院「薬剤師奨学金制度」を下記のとおり申請いたします。

記

申請者	住所	〒 ー		
	電話番号			
	生年月日	年	月	日
	大学名			
	学部			
	学年	4年次	5年次	6年次
奨学金	希望貸与期間	3年間	2年間	1年間

※下記書類も合わせて提出してください。

- ① 履歴書（当院書式）
- ② 在学証明書
- ③ 成績証明書