

様式第1号

## 奨学生申請書

平成 年 月 日

国立病院機構千葉東病院長 殿

このたび、平成30年度国立病院機構千葉東病院の奨学生として採用くださるよう申請いたします。

現住所

本人氏名(自署)

印

昭和・平成 年 月 日生

整理番号	※
------	---

## 奨学金申請理由書

平成 年 月 日 現在

ふりがな		男 女
氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
現住所	〒	電話番号 — —

奨学金を申請する理由

千葉東病院を希望する理由

施設	※
----	---

整理番号 ※

# 履 歴 書

平成 年 月 日 現在

ふりがな		男 女
氏 名		印
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
現住所	〒	電話番号 ( )
上記以外の連絡先	(現住所以外に連絡を希望する場合、当該住所地等必要事項を記入のこと)	携帯電話番号 — —

写真貼付欄

- ・上半身脱帽単身
- ・6月以内に撮影したもの

## 【免許・資格】

年	月	免 許 又 は 資 格 等

## 【学 歴】

(義務教育後から記入のこと)

年	月	卒 業 学 校 名 ・ 学 部 等

## 【職 歴】

年	月	病 院 名 等

自己PR及び将来の希望について記入してください

施設 ※

# 推薦状

下記の者は、当学においても学業に積極的に取り組んでおり、成績優秀かつ健康状態も良好と認めますので、独立行政法人国立病院機構千葉東病院の奨学生に相応しい者と考え、推薦致します。

記

学生氏名 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

推薦学校名

推薦者名

印

独立行政法人国立病院機構

千葉東病院長 新井 公人 殿