

親権者（法定代理人）同意書

年 月 日

地方独立行政法人さんむ医療センター 理事長 様

私は、下記の地方独立行政法人さんむ医療センター看護師奨学金貸与規程に基づく奨学金の貸付を受ける親権者（法定代理人。他に親権者がいる場合は、親権者の代表）として、申請人が、地方独立行政法人さんむ医療センターに対し、地方独立行政法人さんむ医療センター看護師奨学金貸与規程に基づく奨学金の貸付申請及び奨学金の貸付を受けることに異議無く同意いたします。

1. 貸付内容

- 地方独立行政法人さんむ医療センター看護師奨学金貸与規程に基づく奨学金

2. 申請人

氏 名	フリガナ	生 年	年 月 日
		月 日	
		年 齡	歳
住 所	〒		

3. 親権者（法定代理人）の署名

氏 名	フリガナ	印 鑑	生 年	年 月 日
			月 日	
		年 齡	歳	
住 所	〒			
電話番号	自宅 () ・ 携帯			

※ 親権者（法定代理人）ご本人が署名・捺印して下さい。