

親権者（法定代理人）同意書

年 月 日

(宛先) 地方独立行政法人さんむ医療センター理事長

私は、下記の地方独立行政法人さんむ医療センター医学生奨学金等貸付規程に基づく奨学金等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医学生奨学金等貸付規程に基づく奨学金等の貸付申請及び奨学金等の貸付を受けることに異議なく同意いたします。

1. 貸付内容

- 地方独立行政法人さんむ医療センター医学生奨学金等貸付規程に基づく医学生奨学金等

2. 申請人

氏名	フリガナ	生年月日	年 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	生年月日	年 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。