

さんむ医療センター奨学金制度以外での
奨学金制度利用申請及び貸与状況報告書

年 月 日

地方独立行政法人さんむ医療センター理事長 様

住所

氏名 ⑩

さんむ医療センター奨学金制度以外での奨学金制度の申請及び利用状況について、以下のとおり報告いたします。

記

上記1か2のいずれかに該当する番号に○印をつけてください。1を選択した方は、内容をご記入ください。

1. 利用（申請）している（予定も含む）。

奨学金制度 名称	制度を運営している 団体等	申請中	貸与中

2. 利用（申請）していない（予定も含む）。

※さんむ医療センター奨学金制度と同様に、卒業後免許を取得したのち一定期間指定された医療機関等に勤務することで奨学金の返済が免除となる奨学金制度との併用はできませんので、必ず確認し報告してください。