

(西暦) 年 月 日

学校法人 東海大学
理事長 松前 義昭 様

顔写真

縦 4cm×横 3cm

無帽、正面

単身胸部上

より撮影

2025 年度東海大学医学部付属病院機関
「看護学生に対する松前奨学金願書」

東海大学医学部付属病院機関「看護学生に対する松前奨学金」貸与をお願いいたしたく、
連帯保証人と連署のうえ、別紙必要書類とともに次のとおり申請いたします。

フリガナ

1. 本人氏名 _____

2. 奨学金の額（月額） 30,000 円

3. 奨学金の受給期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

4. 申込理由

5. 希望病院（就職を希望する方に○をつけてください）※付属東京病院の募集はございません。
※本奨学金は、東海大学医学部付属病院機関への就職を保証するものではありません。

付属病院（伊勢原市） ・ 付属八王子病院

6. 申込時状況

フリガナ 本人氏名			生年 月日	(西暦)	年	月	日
	印						
E-mail							
本人住所	〒						
	自宅Tel ()				携帯Tel ()		
フリガナ 学校名							
学部学科名							
学校所在地	〒						
					Tel ()		
修業年限	年課程			申込時 学年	年		
入学(予定)年月日	(西暦) 年 月 日			卒業予定 年月日	(西暦) 年 月 日		
連帯保証人	フリガナ					本人との続柄	
	氏名	印					
	〒						
	Tel ()						

※連帯保証人は、父母兄弟またはこれに代わる者にして、独立の生計を営む者として、いつでも本人と連絡可能な者で奨学生に関する一切の責任（奨学生の身元保証及び極度額を看護学生に対する松前奨学金規程の第4条第1号又は第2号の月額の前貸与月数とする奨学金の返還義務等）を負う者でなければなりません。

※この申込書は、奨学金決定及び貸与業務（返還・返還猶予を含む）のために利用されるものであり、それ以外の目的には使用せず、厳重に取り扱います。

※本人及び連帯保証人の氏名は、それぞれ自筆署名し、異なる朱肉印で捺印してください。シャチハタは不可です。

以 上

記入例

(西暦) 年 月 日

学校法人 東海大学
理事長 松前 義昭 様

顔写真

縦 4cm×横 3cm

無帽、正面

単身胸部上

より撮影

2025 年度東海大学医学部付属病院機関 「看護学生に対する松前奨学金願書」

東海大学医学部付属病院機関「看護学生に対する松前奨学金」の
連帯保証人と連署のうえ、別紙必要書類とともに次のとおり

通常は修業年限までとします。

ただし最終学年の学生は、
2025 年 10 月 1 日～2026 年 3 月 31 日
と記載してください。

フリガナ

1. 本人氏名

2. 奨学金の額（月額） 30,000 円

3. 奨学金の受給期間 2025 年 4 月 1 日～ 2027 年 3 月 31 日

4. 申込理由

5. 希望病院（就職を希望する方に○をつけてください）※付属東京病院の募集はございません。
※本奨学金は、東海大学医学部付属病院機関への就職を保証するものではありません。

付属病院（伊勢原市） ・ 付属八王子病院

6. 申込時状況

フリガナ 本人氏名			生年 月日	(西暦)	年	月	日
E-mail	印 シャチハタ不可です						
本人住所	〒						
	【 go-nurse@tokai.ac.jp 】を受信できるよう設定をお願いします。						
	自宅Tel		()		携帯Tel		()
フリガナ 学校名							
学部学科名							
学校所在地	〒						
			Tel		()		
修業年限	年課程		申込時 学年	年			
入学(予定)年月日	(西暦)		年	月	日	卒業予定 年月日	(西暦) 年 月 日
連帯保証人	フリガナ 氏名			印	本人との続柄		
	〒						
	シャチハタ不可です						
	Tel		()				

※連帯保証人は、父母兄弟またはこれに代わる者にして、独立の生計を営む者として、いつでも本人と連絡可能な者で奨学生に関する一切の責任（奨学生の身元保証及び極度額を看護学生に対する松前奨学金規程の第4条第1号又は第2号の月額の前貸与月数とする奨学金の返還義務等）を負う者でなければなりません。

※この申込書は、奨学金決定及び貸与業務（返還・返還猶予を含む）のために利用されるものであり、それ以外の目的には使用せず、厳重に取り扱います。

※本人及び連帯保証人の氏名は、それぞれ自筆署名し、異なる朱肉印で捺印してください。シャチハタは不可です。

以 上