

年 月 日

# 奨学金規程適用許可申請書

福岡県民主医療機関連合会  
会 長 豊田 文俊 殿

申請者 印  
生年月日 年 月 日生

私は、福岡県民主医療機関連合会「奨学金規程」にもとづく奨学生となって、将来福岡県民主医療機関連合会の民医連運動への参加を誓約いたします。

つきましては、同規程の適用を受けたく、保証人連署のうえ履歴書・在学証明書を添えて申請いたします。

申請者	現住所			電 話	
	帰省先				
申請者の入学又は在籍する学校		正式名称			
		学部・学科	学部	科	学年（入学・在籍）
保証人（自署）	氏名	印		申請者との続柄	
	住所			電話番号(固定)	
				電話番号(携帯)	
	勤務先			職業	
	氏名	印		申請者との続柄	
	住所			電話番号(固定)	
電話番号(携帯)					
勤務先			職業		

《審議結果》	
第 回福岡県民主医療機関連合会理事会（ 年 月 日開催）	
において下記の通り決定した。	
承認（ 年 月 日から適用）	不承認
県連 印	