別記様式1(第6関係)

卒業生奨学資金貸与申請書

年　　月　　日

　旭川医科大学長　殿

　　　年度卒業　在学時学生証番号

住所

Tel(　　　)　　　―

E‒mail(　　　)　　　―

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　旭川医科大学卒業生に対する奨学資金貸与要項の規定を遵守のうえ，下記の理由により貸与を申請いたします。

|  |
| --- |
| 貸与申請の特別な理由 |
| 貸与申請額 | 　　　　月額　100,000円 |
| 貸与申請期間 | 　　　　年　　　月　　～　　　年　　　月 |

　貸与を受ける旭川医科大学卒業生に対する奨学資金返還の債務については，申請者と連帯してその責任を負います。

　　　　　　年　　月　　日

連帯保証人　　　住所

Tel(　　　)　　　―

生年月日　　　年　　月　　日生(満　　歳)

(続柄　　　　)　氏名　　　　　　　　　　印

　上記の特別な理由により被貸与者として推薦します。

　　　　　　年　　月　　日

卒業時の学年担当教員　　　　　　　　　　印

注)連帯保証人は，原則として父又は母とします。父母がいない場合には兄・姉・おじ・おば等4親等以内の成人親族とします。