

様式第1号

奨学生申請書

年 月 日

国立病院機構霞ヶ浦医療センター院長 様

このたび、2020年度国立病院機構霞ヶ浦医療センターの奨学生として採用くださるよう申請いたします。

現住所

本人氏名(自署)

印

昭和・平成 年 月 日 生