

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

山口県知事 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号（ ） ー

山口県県外看護学生Uターン応援事業奨学金返還補助金交付対象者認定申請書

下記のとおり交付対象者の認定を受けたいので、山口県県外看護学生Uターン応援事業奨学金返還補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	住 所	〒 ー
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日生
	電話番号	( ) ー
在学状況 ※看護学生のみ	名 称	
	所 在 地	〒 ー
	卒業(予定)年月	年 月卒業(予定)
奨 学 金	名 称	
	区 分	<input type="checkbox"/> 無利子 ・ <input type="checkbox"/> 有利子
	貸与金額	円/月(総額 円)
	貸与期間	年 月 日 ~ 年 月 日
内 定	内定の有無	<input type="checkbox"/> 内定(内定先名称 ) <input type="checkbox"/> なし

添付書類

(看護学生の場合)

- ・奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの(日本学生支援機構の場合はスカラネットの詳細情報ページを印刷したもので可)
- ・在学証明書

(既卒者の場合)

- ・奨学金返還明細書又はこれに準ずるもの  
※奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの(貸与期間中に貸与額変更を行った場合のみ)
- ・履歴書(住所、氏名、連絡先、学歴、職歴を記載のこと。自己PR、志望動機、写真は不要)