様式第１号

奨 学 生 申 請 書

令和　　年　　月　　日

独立行政法人地域医療機能推進機構　三島総合病院長　殿

このたび、令和　　年度独立行政法人地域医療機能推進機構　三島総合病院の奨学生として採用くださるよう申請いたします。

【申請理由】

現 住 所

本人氏名（自署）　　㊞

昭和・平成　　年　　月　　日生