

年 月 日

水戸赤十字病院奨学金 事前予約申込書

水戸赤十字病院長 様

私は、貴院の奨学金制度について、下記のとおり予約申し込みをします。
なお、奨学金貸与については、入学後、決定されることを承諾します。

記

【申込者】

(ふりがな)

氏 名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

〒 _____

現 住 所 _____

電話 (自宅) _____ ()

(携帯) _____

大 学 名 日本赤十字九州国際看護大学 (入学予定)

※この申請は、日本赤十字九州国際看護大学入学試験に合格した場合にのみ有効です。