

申込日：平成 年 月 日

## 愛知医科大学看護学部利子補給奨学金申請書兼同意書

愛知医科大学長 殿

フリガナ

本人氏名 \_\_\_\_\_ ㊞ 生年月日 昭和・平成 年 月 日生

現住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

私は、愛知医科大学看護学部利子補給奨学金制度について、その内容を十分理解し、在学期間中（最短修業年限内）における愛知医科大学看護学部教育ローン融資により発生する利子を奨学金として愛知医科大学から給付していただくことについて、下記のとおり保証人の同意を得られましたので同制度の適用許可をいただきたく申請します。

ただし、愛知医科大学看護学部教育ローンの融資利率が3.5%を上回った場合は、3.5%を超過した差額を自己負担いたします。

### 【保証人同意書】

[保証人]

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞ 申請者との関係 \_\_\_\_\_

現住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

私は、上記の者が愛知医科大学看護学部利子補給奨学金制度の適用を受けることに同意いたします。

注1 氏名欄は自署をお願いします。

注2 印鑑はシャチハタ等のスタンプ印は不可