

順天堂大学基礎医学研究者養成奨学金貸与申請書

年 月 日

順天堂大学
学長代田浩之様

申請者 住 所
(ふり がな) 氏 名 ㊞
生年月日 年 月 日生 (歳)
電話番号

連帯保証人① 住 所 (ふり がな) 氏 名 年 月 日生 (歳)
生年月日 電話番号

連帯保証人② 住 所 (ふり がな) 氏 名 年 月 日生 (歳)
生年月日 電話番号

下記の申請理由により、順天堂大学基礎医学研究者養成奨学金の貸与を受けたいので、
関係書類を添えて申請します。

誓 約 書

年 月 日

順天堂大学
学長 代田 浩之 様

申請者 住 所
(ふり がな)
氏 名 ㊞
生年月日 年 月 日生 (歳)
電話番号

連帯保証人① 住 所
(ふり がな)
氏 名 ㊞
生年月日 年 月 日生 (歳)
電話番号

連帯保証人② 住 所
(ふり がな)
氏 名 ㊞
生年月日 年 月 日生 (歳)
電話番号

私は、順天堂大学基礎医学研究者養成奨学生の貸与決定を受けたときは、学業に専念し、卒後、順天堂大学大学院医学研究科（基礎系の講座・研究室）へ進学し、貸与期間と同年数以上の年限を本学医学部で基礎医学研究者として従事することを誓います。

なお、貸与を受けた修学資金の返還事由を生じたときは、その日から 1 カ月以内に確実に修学資金を返還します。