

奨 学 生 申 請 書

令和 年 月 日

国立病院機構茨城東病院長 様

このたび、令和 年度国立病院機構茨城東病院の奨学生
として採用くださるよう申請いたします。

現住所 〒 —

連絡先 TEL — —

携帯 — —

(フリガナ)

本人氏名(自署) 印

昭和・平成 年 月 日生