

様式第1号

## 奨学生申請書

令和 年 月 日

国立病院機構水戸医療センター院長 様

このたび、令和 年度国立病院機構水戸医療センターの奨学生として採用くださるよう申請いたします。

証明写真  
4×3

現住所

本人氏名(自署)

印

昭和・平成 年 月 日生