

생 활 지 원 장 학 금 신 청 서

신청인 인적사항	성 명		주민등록번호			
	주 소			(연락처 :)		
대학교	대학명		학 과			
	주 소					
	지도교수					
	연 락 처 (사무실)					
긴급연락처 (가족 및 친척)		성 명		관 계		(연락처 :)

문경제일병원 생활지원장학금을 신청합니다.

2019 년 월 일

신청인 (서 명)

의료법인 동춘의료재단 문경제일병원 귀하

신 청 인 (서 명)

구비서류 :

1. 장학금 지급 신청서 1부.
2. 서약서 1부.
3. 성적증명서 1부.
4. 재학증명서 1부.
5. 사진(명함판) 1부.
6. 주민등록등본 1부.

※ 신청 시 모든 서류를 첨부해 주시기 바랍니다.

1. 장학금 지급 신청서 1부.

3. 성적증명서 1부.

5. 사진(명함판) 1부.

6. 주민등록등본 1부.

※ 신청 시 모든 서류를 첨부해 주시기 바랍니다.

서 약 서

- 1) 성 명 :
- 2) 생년월일 :
- 3) 연 락 처 :
- 4) 학 교 명 :

상기 _____ 은 간호사 국가고시 합격과 간호대학 졸업 즉시, 의료법인 동춘의료재단 문경제일병원에 입사하여 만 ()년 동안의 의무근무를 수행함을 조건으로 생활지원장학금을 지원받고자 합니다. 개인적 사유로 인해 근무를 시작할 수 없거나 중도에 포기하는 경우, 지원받은 생활지원장학금 전액 또는 일부를 의료법인 동춘의료재단 문경제일병원에 사유 발생일 즉시 반납하도록 하겠습니다.

2019 년 월 일

서 약 인 : _____ (서 명)

연 대 인 : _____ (서 명)