

第1号様式(裏面)

健康診断	既往症(主として結核症)				
	病名	発病	年 月	X 線 検 査	
		全快	年 月	(透) (間) (直)	
	最終ツ反応		年 月	所 見	
	(+) (±) (-)				
	最終 B C G 接 種		年 月		
	ツ陽性転化		年 月	検 査 日	年 月
	判 定	就 学		医師所属名	
(可) (注意) (不可)		医師名	印		

以上のとおり記載事項に相違ありません。村の奨学生としてご採用頂きたく、お願い致します。

奨学生としてご採用の上は村の奨学規程を守り奨学生としての責務をはたすことはもとより、奨学金の返還については、規定にしたがい誠実にその義務を履行いたします。

万一、正等の事由がなくて奨学金の返還を怠った場合には、返還期限にかかわらず返還未済の金額に対する一括返還の請求をうけても、又強制徴収の処置を取られても異議ありません。

上記のとおり連帯保証人と連署して誓約いたします。

令和 年 月 日

北相木村長 殿

本 人	住所			
	氏名			
連帯保証人	住所			
	氏名			
	続柄		職業	
	生年月日			