様式第１号

奨 学 生 申 請 書

令和　　年　　月　　日

国立病院機構栃木医療センター　院長　様

　このたび、２０２４年度国立病院機構栃木医療センターの奨学生として

採用くださるよう申請します。

現住所

本人氏名(自著)　　　　　　　　　　　　　　　㊞

年　　月　　日生