

大阪医科薬科大学医学部奨学金 繰上返還申込書

年 月 日

学校法人 大阪医科薬科大学
理 事 長 殿

本人（自署）

奨学生番号 _____ 番

ふりがな
氏名 _____
(千 一)

住所 _____

自宅 _____

携帯 _____

連帯保証人（保護者）※1

ふりがな
氏名 _____

連帯保証人 ※1

ふりがな
氏名 _____

大阪医科薬科大学医学部奨学金貸与規則第10条第4項により、
必要書類を添付の上、下記のとおり繰上返還を希望いたします。

記

1. 借入総額 _____ 円

2. 返還残高 _____ 円

3. 繰上返還額 _____ 円
(年賦返還額を単位とします。またその保証額は保証割合に応じて按分されます。)

※1 自署を問いません。

大学使用欄

経理課