

(様式第 10 号)

静病人第 ●●●号
令和●●年●●月●●日

●● ●● 様

静岡赤十字病院
院長 小川 潤

令和●●年度静岡赤十字病院奨学生について (お知らせ)

貴方は、当院奨学金貸与規程に基づく審査の結果、静岡赤十字病院奨学生
と
して認定し、奨学金を貸与することに決定いたしました。

記

1. 貸与期間：令和●●年●●月（奨学生認定月）～ 令和●●年●●月
2. 奨学金：毎月 円
3. 支払日・方法：当月分を当月の 20 日までに口座振込
4. 備考：令和●●年●●月は、●●月分と一緒に振込