

学生傷病見舞金交付申請書

令和____年____月____日

長崎県立大学佐世保校後援会 会長 様

学 科 _____
学籍番号 _____
氏 名 _____
携帯番号 _____

私は、(病状) _____により、令和____年____月____日
から令和____年____月____日までの____日間、下記の医療機関において入院加
療しましたので学生傷病見舞金を交付くださるよう申請いたします。

記

1. 医療機関名 : _____
2. 添付書類 : 診断書の写し、または事故災害(傷病)調書