

社会医療法人北斗 奨学金貸与制度申込書

申込日※ 年 月 日

※年齢制限あり;申し込みは、満30歳までとする。

本人	フリガナ名 氏		性別	写真貼付欄 (背景無地・無帽 タテ4cm×ヨコ3cm)
	生年月日	年 月 日生まれ (歳)	男・女	
	現住所	〒		
	連絡先	TEL - -		
	在籍高校 (又は卒業校)	学校名;		
進学先 予定又は 在籍校	学校名;	(進学先の可否について)		
	専攻学科;	合格済み・ ___月 ___日合否発表		
	所在地;	(在籍中の場合) ; _____ 年生		

保護者・ 生計維持者 (兼) 連帯保証人	フリガナ名 氏		本人との続柄; <input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ほか、 ()	
	生年月日	年 月 日生まれ (歳)	職業;	
	連絡先	TEL - -	勤務先;	
	現住所	〒		TEL - -
			前年度の年収;	万円
	フリガナ名 氏		本人との続柄; <input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ほか、 ()	
生年月日	年 月 日生まれ (歳)	職業;		
連絡先	TEL - -	勤務先;		
現住所	〒		TEL - -	
		前年度の年収;	万円	

奨学金	<input type="checkbox"/> 通常奨学金	貸与月額 円 ※6万円以内で希望額を記入ください	貸与期間 始; 年 月 から (希望期間) 至; 年 月 まで
	<input type="checkbox"/> 特別奨学金	貸与額; 学費全額	<input type="checkbox"/> 帯広医師会看護専門学校 看護学科 ・ <input type="checkbox"/> 帯広大谷短期大学 看護学科

↑希望する奨学金と、特別奨学金を選択する場合は、希望する学校にチェックをしてください。

連帯保証人 (予定)	フリガナ名 氏		本人との続柄;
	連絡先	TEL - -	満年齢; 歳
	現住所	〒	
	職業;	勤務先;	
条件	原則として本人の4親等以内かつ65歳未満の親族で、奨学金返還債務を保証できる資力を有すること。		

添付書類; 学校の推薦状(様式2)、卒業見込証明書、成績証明書、保護者の世帯所得を証明できる書類(源泉徴収票等)

社会医療法人北斗 奨学金貸与制度 推薦状

学生氏名

奨学金貸与制度候補者として上記本校生徒を推薦します。

[推薦理由]

年 月 日

社会医療法人 北 斗
理事長 鎌 田 一 殿

[推薦者]

住 所

学 校 名

代 表 者

印