

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)	学校名; 専攻学科; 所在地;	(進学先の可否について) 合格済み・__月__日合否発表 (在籍中の場合); ____年生	
進学後の住所 (又は予定)	〒			
		TEL () -		

保護者	フリガナ名 氏		本人との続柄;
	生年月日	年 月 日生まれ (歳)	勤務先;
	現住所	〒	
		TEL	
		TEL	前年度の世帯所得; 万円

奨学金	<input type="checkbox"/> 通常奨学金	月額 円 ※6万円以内で希望額を記入ください	貸与期間 (希望期間)	始; 年 月 から 至; 年 月 まで
	<input type="checkbox"/> 特別奨学金	<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		貸与額; 学費全額

↑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;
	現住所	〒	満年齢; 歳
		TEL	職業;
条件	原則として本人の父母もしくは未成年後見人で、奨学金返還債務を本人と連帯して保証できる資力を有すること。		
連帯保証人 (予定)	フリガナ名 氏		本人との続柄;
	現住所	〒	満年齢; 歳
		TEL	職業;
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