

※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 氏 名		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 可否発表	
	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	フリガナ氏名			本人との続柄； ☐ 父・ ☐ 母 ☐ ほか（ ）
	生年月日	年	月	日生まれ（ 歳）
	連絡先	TEL		勤務先；
	現住所	〒		TEL
				前年度の年収； 万円
	フリガナ氏名			本人との続柄； ☐ 父・ ☐ 母 ☐ ほか（ ）
	生年月日	年	月	日生まれ（ 歳）
	連絡先	TEL		勤務先；
現住所	〒		TEL	
			前年度の年収； 万円	

奨学金	☐ 通常奨学金	貸与月額 円	貸 与 期 間 (希 望 期 間)	始; 至;	年 年	月 から 月 まで
	☐ 特別奨学金	貸与額; 学費全額	☐ 帯広医師会看護専門学校 看護学科 ・ ☐ 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）	フリガナ氏名	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 橋本 郁郎 殿

[推薦者]

住 所

学 校 名

代 表 者

印
