

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) 合格済み・__月__日合否発表 (在籍中の場合); ____年生 | | |
| | 専攻学科; | | | |
| | 所在地; | | | |

| | | | |
|----------------------|------------|---------------|---|
| 保護者・ 生計維持者 (兼) | 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; |
| 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 | 〒 |
| | | 前年度の年収; 万円 | |
| | | 前年度の年収; 万円 | |

| | | | |
|-----|--------------------------------|--|--|
| 奨学金 | <input type="checkbox"/> 通常奨学金 | 貸与月額 円 ※貸与希望額を記入ください (薬科系12万以内・その他6万円以内) | 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 | 〒 | |
| 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)