

奨学生願書

(西暦) 年 月 日

公益財団法人シップヘルスケア古川教育財団
代表理事 古川 國久 殿

貴財団の募集要項等記載事項に同意し、奨学生として採用を希望いたします。

私は、奨学生願書に記入した内容及び提出書類に虚偽がないことを、ここに誓います。また、奨学生として採用いただいた場合は、貴財団の奨学金給付規程等に従うことを誓約いたします。

写真 (4×3cm) 上半身近影 (6ヶ月以内)

■本人情報

氏名	フリガナ			性別	男・女
現住所	〒 (自宅 ・ 学生寮 ・ アパート ・ その他 ())				
連絡先 <small>※当財団からの連絡用として登録します。</small>	電話番号： 携帯番号： E-mail：				
所属	大学名	学部	学科	学年	

■親権者等

氏名	フリガナ				
現住所	〒				
連絡先	電話番号： 携帯番号： E-mail：				

■本人の健康状態 (いずれか□にチェックしてください。)

<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病加療中 <input type="checkbox"/> その他 ()
--

■家族の状況

家族構成	氏名	続柄	年齢	同別居	職業等
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

■その他奨学金の状況

(願書提出時において受給又は申請している大学奨学金等があれば記載してください。)

受給団体名		受給予定期間	奨学金年額	
	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 申請中			<input type="checkbox"/> 貸与 <input type="checkbox"/> 給付
	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 申請中			<input type="checkbox"/> 貸与 <input type="checkbox"/> 給付
	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 申請中			<input type="checkbox"/> 貸与 <input type="checkbox"/> 給付
	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 申請中			<input type="checkbox"/> 貸与 <input type="checkbox"/> 給付

■在籍する学校の連絡窓口となる方 (学部・学科の指導教員の方や奨学金窓口の方)

所属・役職	所属		役職
氏名	フリガナ		
連絡先	電話番号： E-mail：		

■提出物チェックリスト (提出漏れがないかチェックを入れ、ご提出ください。)

<input type="checkbox"/> 願書 (本紙) <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 推薦書 <input type="checkbox"/> 保護者の所得証明書 <input type="checkbox"/> 作文
