

中村道子奨学金 願書

	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	平成	年	月	日	男・女	(満 歳)
	フリガナ						
(↑写真を貼る位置) 最近6ヶ月以内に撮影の 上半身正面向き [縦4cm×横3cm]	住所						
	郵便番号・電話	〒 (-)	TEL (- -)				
フリガナ			フリガナ				
他の緊急連絡先 氏名 又は 家族の勤務先等			住所 〒 (-) TEL (- -)				
フリガナ							
在学学校名		立	高校			科	
進 学 予 定 校	第1	立	専 門 学 校	学科			
	第2	立	専 門 学 校	学科			
	第3	立	専 門 学 校	学科			
家族及び家計状況							
1) 本人以外の家族全員を記入してください。(但し就学している兄弟姉妹は下記2)に記入)							
	同・別居	続柄	年齢	職 業	所得形態	収入金額	所得金額
家計支持者	同居・別居		歳		給与・自営・年金 他	万円	万円
就学者を除く 家族	同居・別居		歳		給与・自営・年金 他	万円	万円
	同居・別居		歳		給与・自営・年金 他	万円	万円
	同居・別居		歳		給与・自営・年金 他	万円	万円
2) 就学中の兄弟姉妹を記入してください。							
同・別居	続柄	年齢	学 年	学 校	設 立 形 態	備 考	
同居・別居		歳	学年	大学・高校・中学・他	国公立・私立・他		
同居・別居		歳	学年	大学・高校・中学・他	国公立・私立・他		
同居・別居		歳	学年	大学・高校・中学・他	国公立・私立・他		
奨学金の利用について							
現在の奨学金の利用				有 () ・ 無			
大学進学後の本財団以外の奨学金の利用予定				有 () ・ 無			

(裏面に続く)

公益財団法人公益推進協会

[介護福祉の専門学校への志望動機、将来の夢や目標について記入して下さい。]

[本人の近況について記入して下さい。]

以上の通り記載事項に相違ありません。中村道子奨学金奨学生としてご採用頂きたくお願い申し上げます。

2020 年 月 日

公益財団法人公益推進協会

代表理事 福島達也 殿

氏名(本人)

⑩

公益財団法人公益推進協会