

一般社団法人 沖縄県臨床検査技師会 ひまわり奨学金 申請書

申込日(西暦): 年 月 日

※太黒枠の中のみご記入ください

申請者No.				写真 縦4cm×横3cm		
フリガナ						性別
氏名						男・女
生年月日	(西暦) 年 月 日	生	(才)			
住所	〒 - -		都・道 府・県			
					市・区・町・ 村・郡
<input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 寄 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()						
連絡先	電話	- -	メール	【携帯】	@	
	携帯	- -	アドレス	【P C】	@	

<家族構成>

氏名	続柄	生年月日	年齢	職業(学校名)	申請者と 同居・別居
		年 月 日			同居・別居
		年 月 日			同居・別居
		年 月 日			同居・別居
		年 月 日			同居・別居
		年 月 日			同居・別居
		年 月 日			同居・別居
		年 月 日			同居・別居
		年 月 日			同居・別居
		年 月 日			同居・別居

在学 学校名		
-----------	--	--

※学科・コースまで記入のこと

進路 (受験予定校)		<input type="checkbox"/> 推薦 <input type="checkbox"/> 一般

□推薦
□一般

□推薦
□一般

※すべて応募者本人がご記入ください。 代筆は審査対象外となりますのでご注意ください。