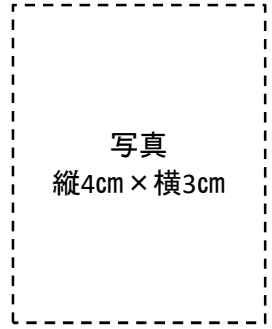


一般社団法人 沖縄県臨床検査技師会 ひまわり奨学金 申請書

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.				
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"/> 寮 <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

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
		<input type="checkbox"/> 推薦 <input type="checkbox"/> 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。