

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"/> 寮 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()			
連絡先	電話 - -	メール アドレス	【携帯】 @	
	携帯 - -		【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

在学または卒業学校名	
------------	--

※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。