

# 一般社団法人 仁澤会 医学生奨学金申請書

本人	写 真 (3cm×4cm) 最近3ヶ月以内に撮影した写真の裏面に、大学名、学籍番号、氏名を記入し、のりづけする	フリガナ 氏 名 昭・平	年 月 日生 (満 歳)	大学名 入学年 年度	
				大学 年生 学年	
現住所 : (〒 - )				電話 ( ) 携帯	
メールアドレス:					
父母住所 : (〒 - ) 電話 ( )					
本人以外の家族構成・家庭状況	続柄	氏 名	年齢	勤務先・就学者(学校名・学年)	
				(年収 万円)	
				(年収 万円)	
				(年収 万円)	
				(年収 万円)	
				(年収 万円)	
				(年収 万円)	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給あり (月額 円) <input type="checkbox"/> 単身赴任者あり (父・母・その他 )					
<input type="checkbox"/> 児童手当支給あり (月額 円) <input type="checkbox"/> 療養費あり ( 円)					
<input type="checkbox"/> 障がい者(有・無) 有の場合( 級) <input type="checkbox"/> 長期療養者(有・無) 有の場合 続柄( )					
学歴	昭・平 年 月 ~ 年 月				高校卒業
	昭・平 年 月 ~ 年 月				
	昭・平 年 月 ~ 年 月				
	昭・平 年 月 ~ 年 月				
	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 編入学・転学( )から( )へ <input type="checkbox"/> 留年( ) 学校 年生時				
奨学金	他の奨学金		<input type="checkbox"/> 給付型 <input type="checkbox"/> 貸与型 <input type="checkbox"/> 受給中 月額 円 (第一種・第二種) <input type="checkbox"/> 申請予定 月額 円 (第一種・第二種) <input type="checkbox"/> 申請しない		
	名 称				
	授業料減免		<input type="checkbox"/> あり (全免・1/2免・分納) <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請しない		

## 経済的理由

(奨学金を必要とする理由、将来の抱負を具体的に記入してください。)

### 奨学金を必要とする理由

### 将来の抱負

### 資格

### 特技・趣味

### 課外活動