

別記

第1号様式(第2条関係)

(その1)

(表面)

奨学生採用申請書(一般・在学)

| | | | |
|---------------------------|---|--|---------------------------------------|
| 申請区分 | 希望する区分のいずれか1つにレ印を記入してください。 | | |
| | 高等学校枠 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 高等専門学校(1~3年) | 大学枠 <input type="checkbox"/> 高等専門学校(4・5年) <input type="checkbox"/> 高等専門学校(専攻科) <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 | 専修学校 <input type="checkbox"/> 専修学校 |
| ふりがな | | | |
| 本人氏名 | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 本籍 | | | |
| 現住所 | 〒 電話 () | | |
| 在学学校 | 学校名 | 大学 高等専門学校 高等学校 専修学校 | 学部 科第 学年 科 コース第 学年 |
| | 入学期日 | 年 月 日 | 卒業予定期日 年 月 日 |
| 八戸市奨学金以外の奨学金の受給状況について | 奨学金名 | 給付・貸与別 (どちらかを○で囲んでください。) | 給付 ・ 貸与 |
| | 期間及び金額 | 年 月 から 年 月 まで 月額 円 | |
| 申請理由(申請者本人が具体的に記入してください。) | | | |

(裏面)

| | | |
|-------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 健康診断 | 既往症 病名 発病年月 全快年月 | X線検査 * (透) (間) (直) 所見 |
| | その他の疾患 特記事項 | 検査月日 年 月 日 検査場所 |
| | 就学 *可・注意・不可 年月日 | 住所 医師 氏名 印 |
| 保護者 | 現住所 | 本籍 |
| | 職業 | 本人との続柄 |
| (あて先) 八戸市教育委員会教育長 | | 年 月 日 |
| | | 本人氏名 印 |
| | | 保護者氏名 印 |

備考 学校で行った健康診断の写しを添付する場合は、「健康診断」の欄の記入を省略することができます。