

(様式1)

提出日 平成 年 月 日

平成31年度三重県私費医療・看護系外国人学生奨学金

給付申込書

| | | | | |
|--|--|--|----|--|
| 氏名 | フリガナ | | | 写真 (3cm×4cm) *裏面に氏名を記入 すること |
| | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) | | | |
| 本人現住所 | 〒 - TEL () FAX () E-mail: | | | |
| 国内連絡者 氏名 | | | | |
| 国内連絡者 住所 | 〒 - TEL () FAX () E-mail: | | | |
| 在籍校・ 学部学科・学年 (入学予定者は 入学予定先) | 大学・看護学校等名 | | | |
| | 学部・学科等 | | 学年 | |
| 医師・看護師等 養成機関の正規 課程在学期間 (最短修了年限) | 入学 年 月 ~ 卒業 年 月 | | | |
| 堪能な言語名 (複数ある場合 は複数記入) | | | | |
| アルバイト | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 1か月当たり時間数 (時間) 1か月当たり収入額 (円) | | | |
| 授業料減免 | 現在申請中のものについても、記入してください。また、申請結果が通知される時期についてもあわせて記入してください。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 減免額 (円) 減免期間 (年 月 ~ 年 月) 申請結果通知時期 (年 月) | | | |
| 選考にあたって特に考慮してほしい事項 | | | | |