

(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				