

熊本保健科学大学 入試前予約型奨学制度 申請書

1. 申請者に関する情報 【注意】 本学の総合型選抜及び学校推薦型選抜合格者の方は本奨学制度への申請はできません。
【はじめに以下の□に✓を付けてください（✓を付けられない場合は申請できません）】

☐ 私は熊本保健科学大学の総合型選抜及び学校推薦型選抜の合格者ではありません

氏名	フリガナ		生年月日	(西暦)	年	月	日
	漢字						
現住所	〒 — — — — —						
電話番号 (自宅)	— — — — —		電話番号 (携帯)	— — — — —			
学校名							
出願予定入試区分 ※複数選択可	☐ 一般選抜（一般） ☐ 一般選抜（共通テスト利用・前期） ☐ 一般選抜（共通テスト利用・後期）						
出願予定学科（専攻） ※複数選択可	☐ 医学検査 ☐ 看護 ☐ リハビリ理学 ☐ リハ作業 ☐ リハ言語						

2. 保護者に関する情報

続柄	氏名	年齢
父		才
母		才
父母ともにいない場合、父母に代わって家計を支えている方（1名）を記入してください。		
		才

本奨学金の受給を希望する理由を記載してください。

日本学生支援機構の給付奨学金について、該当するものに✓を付けてください。

☐ 申請している ☐ 申請していない

万が一、本申請書の記載事項に齟齬または虚偽があったことにより、奨学金の受給が取り消されても異議を申し立てることは一切ありません。また、その際は減免された授業料 40 万円をただちに納入することをここに誓約します。

令和 年 月 日

熊本保健科学大学長 殿

申請者本人（自署） _____ ㊞

保 護 者（自署） _____ ㊞