

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）】



- ☐ 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
- ☐ 本奨学制度の Web 申請が完了しています

氏 名	フリガナ		生年月日	(西暦) 年 月 日
	漢 字			
学 校 名				
電 話 番 号	— —		}	提出書類に関して本学から確認の連絡を行うことがありますので、日中連絡のつく電話番号を記載してください。
電 話 番 号 (携 帯)	— —			

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、父母に代わって生計を支えている方(1名)を記入してください。		
		才

熊本保健科学大学長 殿

本申請書の記載事項及び Web 申請内容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

申請者本人（自署） _____ (印)

保 護 者（自署） _____ (印)