様式第１号（第5条関係）

|  |
| --- |
| 学校長検印朝日町社会福祉協議会 奨学生願書　　　　 |
| ふりがな |  | 生年月日　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 氏名 | 男・女 |
| 住所及び本人連絡先 | 住所連絡先 | 本籍 |  |
| 在学校名 |  | 入学年月 | 　　　　　年　　　月 |
| 卒業予定 | 　　　　　年　　　月 |
| 所在地 |
| 授業料減免 | ※　　・減免を受けている　　　　　　　・減免を受けていない |
| 他の奨学金 | ※　　・受けている　　　　　　　　　　・受けていない　　　・出願している　　　　　　　　　・過去に受けていた |
| 名称 |
| 借用・給与期間　　　　　年　　月　　日から　　　　　　　　　年　　月　　日まで |
| 保　護　者 | 氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 住所　及び　連絡先 | 住所連絡先（TEL） | 職業等 |  |
| 年収 |  |
| 続柄 |  |
| 家族の状況 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 職業等 | 年収 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ※　長期療養者の有無　　・有（本人との続柄:　　　　　　　　　）　　　　・無 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参考事項 | 学歴 | 高校　　　　　　　　　　　高等学校　　　　　課程　　　　　　　年　　　　　月卒業 |
|  |
| 奨学金を必要とする理由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 朝日町社会福祉協議会奨学生として採用のうえ、奨学金の給与を受けたいので申請します。なお、採用のうえは、奨学生としての本分を尽くすことはもとより、朝日町社会福祉協議会中島奨学資金給与規程に従い、両名連帯の責任を負うことを誓約します。　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　保護者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印朝日町社会福祉協議会長　殿 |
| 記載上の注意 | 1. 保護者は、本人の父母又はこれに代わる適当な者であること。
2. 「職業等」の欄には、会社名等を具体的に記入すること。
3. 「年収」の欄には、１年間の全収入見込額（給料、賞与、手当、利子、営業収入等の合計）を記入すること。
4. ※印には、該当するものを○で囲むこと。
 |

様式第２号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 奨学生推薦調書 |
| ふりがな |  | 生年月日　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 男・女 |
| 中学 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　中学校　　　　　　　年　　月　卒業 |
| 高校（高専） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高等学校　　　　　　　　　　　課程　　　　現在の学年　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　卒業 |
| 大学（短大） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学　　　　　　学部　　　　　　科　　　　現在の学年　　　　年 |
| 学力所見 |  | ※学力総合判定 | Ａ　特に優秀なものＢ　平均水準以上のものＣ　能力の向上を期待し得るもの |
| 人物所見 |  | ※家計及び学資の状況判定 | Ａ　学資を全く支弁し得ないものＢ　学資を一部分しか支弁し得ないものＣ　学資をどうにか支弁し得るもの |
| 記入事項記載責任者　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 添付書類 | 1. 大学（短大）の新入生にあっては、高等学校の全取得単位が分かる成績証明書
2. 在学生にあっては、在学中の成績証明書
3. 短期大学及び大学の在学生で学校における健康診断を受けていない場合にあっては、健康診断書
 |
| 健康状態所見 | ・既往症（主として結核症）　※　　　有　　　　　　　無　　　　　（病名）　　　　　　　発病　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　　治癒　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日・Ｘ線検査　※　　（透）　　　　（間）　　　　（直）　　　　　　　所見　　　　　　　検査日　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　　検査場所 |
| 推薦所見・参考事項 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 　表記の者は、人物及び学術ともに優秀身体強健で、奨学生として適当の者と認め推薦いたします。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長　　　　　　　　　　　　　　　　　印朝日町社会福祉協議会長　殿 |
| 記載上の注意 | 1. 健康状態所見については、直近の健康診断の結果に基づいて記入すること。

学校における健康診断書を基にした所見記入に替えてもよい。1. ※印には、該当するものを○で囲むこと。
 |