

江口姉妹基金奨学金給付申請書

年 月 日

福岡県医師会長 殿

本基金の給付を受けたく、下記のとおり申請します。

なお、この書類記載の氏名・住所等の個人情報について、運営委員会等に開示することに同意します。

申請者 氏名	(フリガナ) 印	生年 月日	西暦	年 月 日 (満 歳)	性別	男・女
住所	〒 TEL ()				世帯員数	合計 人 (本人含む)
保護者 氏名	(申請者が未成年の場合のみ) 印	続柄	世帯全員の 収入合計		万円	
在籍学校 ・学年	卒業予定年月		令和 年 月		卒業予定	
	年 (令和 年7月現在)	卒業後の 就業希望地	該当する方に○印をつけてください 福岡県内・その他 ()			
アルバイト 有・無	有・無 (有の場合アルバイト先と住所を記載) アルバイト先 住所			奨学金等 の給付 ※1	有・無	
奨学金を必要とする事情 (可能な限り詳細に記載すること。)						
奨学金が支給される こととなったときの 奨学金振込口座	(フリガナ)		(フリガナ)			
	銀行・農協					
	信用金庫 _____ 支店 口座名義					
口座種別[普通預金・その他 ()] 口座番号						

推薦者	学校名 校長名		印	窓口 担当者	
	推薦者の 評価				

注) この申請でご提供いただく氏名・住所等の個人情報については、当基金の助成事業のためのみに使用します。

※1奨学金等の給付を受けている場合、受給決定通知の他、実施機関、受給金額・期間、返還の有無がわかる書類を添付すること。