【書式１】

奨　　学　　生　　願　　書

※2024年4月1日現在で記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  | 男・女 | 学校　　　　　　 科 |
| 生年月日 | 西暦　　　 年　 月　　日（満　　歳） | 入　　　学　2024年 4月卒業見込　2026年 3月 |
| 本人現住所 | 〒　　　－　　　　　 TEL　　　－　　　－ | （該当にＯ印）自宅・親戚宅・学生寮下宿・その他（　 　　 ） |
| 家族住所 | 〒　　　－　　　　　TEL　　　－　　　－ |
| 続柄 | 氏　名 | 年齢 | 就労形態(注1)または在学学校名 | 在職年数または学年 | 収入（万円）(注2) | 収入の種類（該当にＯ印） | その他(注3) |
| 2023年 | 2024年(予想) |
|  |  |  |  |  |  |  | 給与･事業公的扶助･年金その他(　　　　) |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 給与･事業公的扶助･年金その他(　　　　) |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 給与･事業公的扶助･年金その他(　　　　) |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 給与･事業公的扶助･年金その他(　　　　) |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 給与･事業公的扶助･年金その他(　　　　) |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 給与･事業公的扶助･年金その他(　　　　) |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 給与･事業公的扶助･年金その他(　　　　) |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 給与･事業公的扶助･年金その他(　　　　) |  |
| 他の奨学金の受給状況(注4)※☑をし、記入してください。 | □他の奨学金を受給する予定なし□他の奨学金を受給（または予定）している（下表に記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 名称 | 金額 | 受給判明時期 |
| □ | (都道府県市町村)介護福祉士等修学資金 |  | 　　　　月頃 |
| □ | 日本学生支援機構 |  | 　　　　月頃 |
| □ | (文部科学省) 高等教育の修学支援制度 |  | 　　　　月頃 |
| □ |  |  | 　　　　月頃 |

□現時点では未定 |

（注１）会社員、ﾊﾟｰﾄ、個人事業主、主婦、無職等を記入願いします。

（注2）収入欄には、1月から12月までの収入合計を記載してください。

（注3）その他欄には｢主たる生計維持者に◯｣｢別居の場合は△｣を記載してください。

（注4）他の奨学金の受給状況は参考情報です。

（注5）選考の際一定の配慮をいたしますので、長期療養中の方、障害(重度の認知症を含む)の方がいる場合や家屋等の被災など特別な事情がある方は、次ページの「家族または本人の特別事情」欄にその旨記載していただいて結構です。

|  |
| --- |
| <家族または本人の状況および申請理由>※注5   |
| <在学校志望の理由>  |
| <将来の進路について>  |
| 上記のとおり記載事項に相違ありません。貴財団の奨学生として採用をお願いします。なお、本件申請にあたり、提出する私および家族の個人情報が、奨学生採用の審査、奨学金の交付・管理、その他これに付随する業務のみに利用されることに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　2024年　　月　　日　公益財団法人ＳＯＭＰＯ福祉財団　理事長 殿　　　　　本　　　 人 氏　名　　　　　　　　 　　　 　　 ㊞連帯保証人 氏　名　　　　　　　　 　　　 　　 ㊞　　　 　　（連帯保証人は父母兄姉またはそれに代わる者） |
| 連帯保証人住所・電話 | 〒　　　－　 TEL　　　　 －　　 　－ | 続 柄 | 生　年　月　日 |
|  | 西暦　　　　年　　　　　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦校記入欄 | 学　　　校　　　名 |  |
| 奨学金事務担当者名 |  |
| ＴＥＬ・ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |