

# 奨 学 生 願 書

平成 年 月 日

公益財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団  
理 事 長 古 市 健 殿

学校名			
学科名		学年	年
応募者	(自署・押印) <span style="float: right;">㊟</span> (生年月日) 昭和・平成 年 月 日		
親権者	(応募者が未成年の場合にご記入ください。) (自署・押印) <span style="float: right;">㊟</span> (応募者との続柄)		

私はこの度、公益財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団介護福祉士等養成奨学金規程に基づく奨学生として奨学金の交付を受けたいので、申請します。卒業後は、高齢者福祉施設(有料老人ホーム、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、等)に勤務することを希望します。

なお、本件申請にあたって提出する私及び家族の個人情報、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にのみ利用されることに同意します。

### 記

応募区分	該当に○を付けてください 介護福祉士 理学療法士 作業療法士			
応募者本人住所	〒			
入学から卒業まで	平成 年 月 入学	正規の 最短修 業年限	年 課程	平成 年 月 卒業予定
奨 学 金 希 望 期 間	平成 年 月 から 平成 年 月 まで			
最 終 学 歴	(学校名)	昭和・平成 年 月 卒業		
奨学生応募の 動機・抱負 等				

(裏面に続く)

(表面より続く)

家族住所	〒				
	TEL ( )				
家族構成  応募者本人を含めて ご記入ください。	氏名	年齢	続柄	職業	年収(概算)
					万円
					万円
					万円
					万円
					万円
					万円
					万円

※年収は、収入の種類を問わず、またアルバイト等不定期・不定額の収入も含めてご記入ください。

※奨学生選考の公正性を確保する必要のために、収入を証明するもの(市区町村発行の所得証明書、源泉徴収票等、写しでも可)を必ず添付ください。

特記事項	(奨学金を必要とする事情等、ご自由にご記入ください。選考の参考にさせていただきます。)
------	---

以上