

同窓子女・子弟奨学金制度申請書

(西暦)

年 月 日

学校法人昌賢学園
群馬医療福祉大学
群馬医療福祉大学短期大学部
学長 鈴木 利定 様

私こと、今般同窓子女・子弟奨学金制度の奨学生として採用していただきたく申請いたします。

志願者氏名 _____ 印

保護者氏名 _____ 印

フリガナ 志願者氏名		生年月日	(西暦) 年 月 日
フリガナ 同窓生氏名		続 柄	
学 校 名	高 等 学 校 中等教育学校		
住 所	〒 TEL		

※この申請書を出願書類に同封して申請してください。

※複数の入試を受験する場合は、入試ごとに申請してください。

※本学園同窓生の卒業証明書もしくは在学兄弟姉妹の在学証明書を取り寄せ、厳封したものを提出してください。