

同窓子女・子弟奨学金制度申請書

令和 年 月 日

学校法人昌賢学園
群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校
校長 鈴木賢二様

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致します。

志願者氏名 _____ 印

保護者氏名 _____ 印

同窓生氏名	氏名 (志願者との続柄：)
同窓生住所 連絡先	〒 TEL - -
志願者住所 連絡先	〒 TEL - -
高等学校名 中等教育学校名	

- ※本申請に基づき、奨学生として採用された場合、入学金を減免致します。
- ※志願者との続柄が、祖父母・父母・兄弟姉妹で本学園（幼稚園を除く）の卒業生または在學生であることが必要です。
- ※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、厳封したものを添付してください。