# 同時入学対象奨学金制度申請書

（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、今般同時入学対象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。

保 護 者 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

| | | | |
|---|---|---|---|
| 学 籍 番 号 | | フリガナ<br>入学者氏名 | |
| 所　　属 | （　　）群馬医療福祉大学＿＿＿＿学部＿＿＿＿学科＿＿＿＿専攻<br>（　　）群馬医療福祉大学短期大学部医療福祉学科＿＿＿＿＿＿コース<br>（　　）群馬社会福祉専門学校 | | |
| 住　　所 | 〒<br>TEL | | |
| 学 籍 番 号 | | フリガナ<br>入学者氏名 | |
| 所　　属 | （　　）群馬医療福祉大学＿＿＿＿学部＿＿＿＿学科＿＿＿＿専攻<br>（　　）群馬医療福祉大学短期大学部医療福祉学科＿＿＿＿＿＿コース<br>（　　）群馬社会福祉専門学校 | | |
| 住　　所 | 〒<br>TEL | | |

※入学後、指定期間内に申請のこと

【返還金振込先】原則学生名義とします（※該当項目に〇をつけてください）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 金融機関名 | 銀行　信用金庫<br>信用組合　農協 | 本店　支店<br>支所　出張所 | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義 | | | |

※本学確認欄
（記入しないこと）

| | | |
|---|---|---|
| 返還金額 | | |