

# 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 入学者氏名	
所属	<input type="checkbox"/> 群馬医療福祉大学 _____ 学部 _____ 学科 _____ 専攻 <input type="checkbox"/> 群馬医療福祉大学短期大学部医療福祉学科 _____ コース <input type="checkbox"/> 群馬社会福祉専門学校		
住所	〒  TEL		
学籍番号		フリガナ 入学者氏名	
所属	<input type="checkbox"/> 群馬医療福祉大学 _____ 学部 _____ 学科 _____ 専攻 <input type="checkbox"/> 群馬医療福祉大学短期大学部医療福祉学科 _____ コース <input type="checkbox"/> 群馬社会福祉専門学校		
住所	〒  TEL		

※入学後、指定期間内に申請のこと