

奨学金予約申込書

私は、進学が決まり次第、大分県医療生活協同組合が運営する奨学金制度の利用を希望し、予約を申し込みます。

20 年 月 日

本人氏名	⑩
進路志望先 <small>あてはまるものに○をつけて下さい。</small>	医学部 ・ 歯学部 ・ 看護科 介護福祉士 ・ 歯科衛生士
進学希望先または進学先	
出身校	高等学校 20__年 3月 卒業見込み ・ 既卒
保護者氏名	⑩
住所	〒
連絡先(電話)	()
メールアドレス	@

※申込み後、奨学金制度の説明をさせていただきます。(リモート可)

※定数を超えた場合は、奨学生採用試験を実施します。

※進学が決まり次第、正式な申込みが別途必要です。その際には面接があります。

※申込みを辞退する場合は3月末日までにご連絡ください。