

介護福祉士奨学金 申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人新潟臨港福祉会

理事長 田代 昌義 様

申請者氏名 _____ ⑩

法定代理人氏名 _____ ⑩

介護福祉士奨学金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

【申請者】

カナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性	生年 月日	平成 年	年齢	満 歳	
氏名			<input type="checkbox"/> 女性		月 日		月 日	*申請時の年齢
現住所	〒 -			電話番号	- -			
				携帯電話	- -			
				E-mail				
在学 学校	(学校名) (所在地)			(学部・学科) (卒業見込み)	年 月 日			
進学 学校	(入学日) (学校名) (所在地)			年 月 日	(学部・学科) (卒業見込み)	年 月 日		
貸与希望期間	年 月～ 年 月まで (月間)							
貸与希望額	(月額) 万円 (万円単位) *上限5万円							
貸与希望総額	万円 (月額×希望月数)							

【連帯保証人】

連帯保証人 ①	カナ		続柄	職業			
	氏名						
	住所	〒 -			電話番号	- -	
携帯電話					- -		
E-mail							
連帯保証人 ②	カナ		続柄	職業			
	氏名						
	住所	〒 -			電話番号	- -	
携帯電話					- -		
E-mail							

(注) 申請者が未成年者の場合は、連帯保証人のうち1人は法定代理人とし、連帯保証人のうち1人は、一定の職を持ち、独立の生計を営んでいること。

在 学 証 明 書

生徒名

生年月日

年

月

日

上の者は、令和____年____月____日現在、本校_____課程 第____学年
に在学していることを証明します。

令和 年 月 日

所在地

学校名

学校長

⑩

この証明書は、社会福祉法人新潟臨港福祉会が行う介護福祉士奨学金の貸与の審査に
使用いたします。

入学見込証明書

生徒名

生年月日

年

月

日

上の者は、本校_____課程 に令和__年__月__日に入学予定であることを証明します。

令和 年 月 日

所在地

学校名

学校長

Ⓜ

この証明書は、社会福祉法人新潟臨港福祉会が行う介護福祉士奨学金の貸与の審査に使用いたします。