様式第1号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奨　　　学　　　生　　　願　　　書 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本  　　人 | ふ り が な | |  | | | | 生  年月  日 | 年 　月 　日  （満　　歳） | | | | 給与を  希望す  る期間 | | | | 年　月から  年　月まで | |
| 氏　　　名 | |  | | | |
| 出身中学校  （中等教育  学 校）名 | |  | | | | | 入学希望(在学す  る) 高等学校（中  等教育学校）名 | | | | |  | | | | |
| 住　　　所 | |  | | | | | 入 学 予 定 | | | | | 年　　　　月 | | | | |
| 入　 　学 | | | | | 年　　　　月 | | | | |
| 卒 業 見 込 | | | | | 年　　　　月 | | | | |
| 家  族  状  況  書  ）  同  一  生  計  （ | 保護者(世帯主) | 氏　　名 |  | | | | | 生年  月日 | | 年　月　日 | | | | | 本人と  の続柄 | |  |
| 住　　所 | （℡　　　　　　　　　　） | | | | | 職業 | |  | | | | | | | |
| 収入 | | 円 | | | | | | | |
| 家族氏名 | | 続柄 | 年齢 | | 生年月日 | | | 勤務先(詳細に) | | | | | 月収 | | | 備考 |
|  | |  |  | | ・　・ | | |  | | | | |  | | |  |
|  | |  |  | | ・　・ | | |  | | | | |  | | |  |
|  | |  |  | | ・　・ | | |  | | | | |  | | |  |
|  | |  |  | | ・　・ | | |  | | | | |  | | |  |
|  | |  |  | | ・　・ | | |  | | | | |  | | |  |
|  | |  |  | | ・　・ | | |  | | | | |  | | |  |
|  | |  |  | | ・　・ | | |  | | | | |  | | |  |
|  | |  |  | | ・　・ | | |  | | | | |  | | |  |
| 生活保護法の適用  有（月　　　 　円）無 | | | その他の扶助  有（月　　　　　円）　無 | | | | | | | 年金，退職金等の額  有（月　　　　　円）無 | | | | | | |
| その他参考事項 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※　番　号 | | | ※　選考結果 | | ※ | | | | | | | | | | | | |

　注　１　※印欄は，記入しないこと。

　　　２　収入のある者全員の課税証明書を添付すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健    康  診  断 | 既往症（主として結核症）  病名　　　　　　発病　　　　年　　月  　　　　　　　　治療　　　　年　　月    最終「ツベルクリン」反応検査  　　　 ＋　　　　±　　　　－  最終ＢＣＧ接種　　　　　 　年　　 月  「ツベルクリン」　　　　 　年　　 月  反応陽性転化 | | X線検査　　　　　　　　　年　　　月  ※　 （透）（間）（直）  検査の場所  医師 |
| 参  考  事  項 | 奨  学  資  金希  望  理  由 | 【他奨学金等受給希望の有無：　無　・　有（奨学金名　　　　　　　　　　　）】 | |
| 本  人  の  履  歴 | （小学校入学以来の学歴身上異動を記載のこと。） | |
| 奨学金の支給を受けたく申請します。  　　　　　 　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 本 人  　 　 保護者  水戸市教育委員会　様 | | | |