

穴吹カレッジ歯科衛生士奨学生制度申請書

卒業後、別に定める指定地域にある歯科医療機関等に3年以上勤務することを誓約いたします。

申請者が太枠内を記入してください。

年 月 日

ふりがな				性別	
申請者氏名				男・女	
生年月日	西暦	年	月	日	
学校名 学科	穴吹医療大学校 歯科衛生学科			入学予定	
申請者 現住所	〒			TEL	
出身校 職歴等	県	高等学校	科	卒業・卒業見込	
	県	短期大学・大学	卒業・卒業見込		
	高等学校卒業程度認定試験(旧・大検)		年	月	合格取得
	職歴	会社名	職種		
申請理由	この制度を申請する理由を具体的に記入してください。				
振込指定 口座情報	銀行名	銀行	支店名	支店	
	口座種類	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

保護者等 (自署・押印)	氏名				印
	申請者との 続柄				
	生年月日	西暦	年	月	日(歳)
	現住所	〒			TEL

※申請者が未成年者(18歳未満)の場合はその保護者(親権者又は後見人)、成年者の場合は、
父母兄弟又はこれに代わる者で、採用後、連帯保証人となる予定の者。

※振込口座の通帳のコピーを添付してください。

※記載内容については、本制度以外の目的には使用いたしません