

奨 学 生 願 書

写真 (4×3cm、上半身、脱帽、最近6ヶ月以内に撮影したもの、裏面に氏名を明記)	公益社団法人東京薬事協会 会長様 令和 年 月 日 本人 ㊞ 連帯保証人 ㊞ 公益社団法人東京薬事協会の奨学生として奨学金の給与を受けたく、連署いたします。
--	--

本人	ふりがな			性別		
	氏名			男・女	平成 年 月 日生(満 才)	
	学校名	学部(科)		現学校入(編)学		平成 年 月
		学 年		卒業予定		令和 年 月
	TEL	自宅 :	携帯:	現学校卒業後の予定	(就職の場合は希望先)	
	携帯アドレス					
	PCアドレス					
	現住所					
	上記以外の連絡先	住所		TEL () -		
		続柄 ()		本籍地 都道府県 ()		
職 歴	学歴のみでなく休,転,退学、または現在従事している定,内職、身上異動等も記載のこと。					
	年 月		年 月			
	年 月		年 月			
	年 月		年 月			
他の奨学金	奨学金名称		(貸与・給付)	金額 月額()		
	奨学金名称		(貸与・給付)	金額 月額()		
収入(奨学金を除く)	有・無	主たる収入の手段()			金額 月額()	

家族 家 印 計 を 維 持 者 に ○	続柄	氏名	年齢	職業(勤務先)	年収(税込)	亡父母のときは没年月日,年齢,生前の職業をご記入下さい。 在学生は校名,学年,奨学金受領の有無をご記入下さい。

この願書には下記の書類を添付して下さい。

1. 奨学生推薦書(学校長)
2. 在学証明書
3. 学力および素質を証明する書類(成績証明書)
4. 健康診断書
5. 家計維持者の収入証明書
6. 小論文「薬学部を志望した理由」

--	--	--	--

奨学生の採用は、公益社団法人 東京薬事協会奨学生選考委員会の選考を経て、協会会長が決定し、その結果は在学学校長を経て、本人に通知する。奨学金の交付は、協会会長から本人に贈呈するものとする。(年2回)