

一般財団法人田中記念大阪健康推進財団

田中記念スカラシップ 願書

202×年 ○月 △日 記入

フリガナ	ザイダン タロウ	(西暦)生年月日	年齢	写真 縦4.5×横3.5cm 上半身の近影 (3ヶ月以内)を 貼付する 写真の裏面に氏名を 記入しておくこと
氏 名	財団 太郎	200○ 年 ○月 △日	18 歳	
現住所	〒536-0005 大阪市城東区中央1-1-○○-△△△			
電 話	06-6○○○-◇◇◇◇	メール アドレス	abcd@abcd.●○○.○○	

学校名	学校法人○○ □□大学	入学前の方は『予定』と 記入して下さい	学部学科 コース名	看護学部看護学科
入学卒業 年月	202× 年 4月 入学 予定 202△ 年 3 月 卒業見込み			

学 歴	職 歴	勤務先名	仕事内容
202△年 4月	○△□ 高等学校 入学	201○年 4月 ～ 201●年 3月	(株)●○ 事務
202×年 3月	○△□ 高等学校 卒業	201×年 4月 ～ 201△年 3月	医療法人 △△病院 准看護師
202×年 4月	学校法人○○ □□大学 入学	年 月 ～ 年 月	職歴がある場合は 記入してください
202△年 3月	学校法人○○ □□大学 卒業見込	年 月 ～ 年 月	
年 月	在学中の学校の「卒業見込」は 必ず記入して下さい		

就学状況

授業料(年間)	1,200,000 円	授業料免除	有(全額・半額) / 無 / 申請中	
当財団以外 の奨学金 (申請中のものも記入)	奨学金名	貸与・給付の別、その他	月 額	貸与または給付期間
	○○●奨学金	貸与/給付 決定/申請中	30,000 円	202×年 4月～ 202△年 3月
	△□●奨学金	貸与/給付 決定/申請中	30,000 円	202×年 4月～ 202△年 3月
		貸与/給付 決定/申請中	円	年 月～ 年 月
		貸与/給付 決定/申請中	円	年 月～ 年 月

生活状況

自宅から通学・一人暮らし・その他()	家族等からの援助や仕送り 有の場合 月額 30,000 円	有・無			
家 族	実家外からの 通学の場合⇒ 実家住所：〒	※実家の住所連絡先を記入 TEL() -			
氏名・続柄	年齢	同居・別居	氏名・続柄	年齢	同居・別居
財団 ●男 ・父	45 歳	同居・別居	・	歳	同居・別居
財団 □子 ・母	43 歳	同居・別居	・	歳	同居・別居
財団 ○太 ・弟	16 歳	同居・別居	・	歳	同居・別居

奨学金給付希望に関する特記事項

(家庭の事情等、特に考慮を望む事項を具体的に記入)

支援を要する事由(家庭の事情・生活状況など)を具体的かつ簡潔に記入してください。

田中記念スカラシップ願書の記載事項に相違ありません。貴財団の奨学生として採用いただきたく、署名のうえ出願いたします。

202×年 ○月 △日

氏名

財団 太郎