

- 小笠原実奨学基金奨学生願書  
 花田俊勝奨学基金奨学生願書  
 福島町奨学生願書

申請者 (本人)	氏名		入学を予定している学校名
		(男・女)	合格決定の有無
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	決定・未決定
	現住所	福島町字 番地 (電話 - )	
	奨学金額	月額 ,000円 予定貸付総額 (月額 ,000円× カ月= ,000円)	
	借入期間	平成 年 月から平成 年 月まで (年間)	
	現在在学学校	( 学年)	
連帯保証人	氏名	(本人との関係: )	
	現住所	福島町字 番地 (年齢: 歳)	
	職業	(勤務先名)	
	氏名	(本人との関係: )	
	現住所	福島町字 番地 (年齢: 歳)	
	職業	(勤務先名)	
<p> <input type="checkbox"/> 小笠原実奨学基金奨学生  <input type="checkbox"/> 花田俊勝奨学基金奨学生  <input type="checkbox"/> 福島町奨学生         </p> <p>         } に選定していただきたく願います。       </p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>福島町長様</p> <p style="text-align: right;">         申請者(本人) _____ 印          連帯保証人(保護者) _____ 印          連帯保証人(保護者以外) _____ 印       </p>			

※保護者以外の連帯保証人は、「納税証明書1通」「印鑑登録証明書1通」を添付して下さい。

# 家 庭 状 況 調 査 書

本人氏名				住 所	福島町字	番地
家 族 状 況	氏 名	続柄	同居・別居	生年月日	職業又は勤め先	勤務地
				大・昭・平 年 月 日		
				大・昭・平 年 月 日		
				大・昭・平 年 月 日		
				大・昭・平 年 月 日		
				大・昭・平 年 月 日		
				大・昭・平 年 月 日		

上記のとおり報告いたします。

平成 年 月 日

住 所 福島町字 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

福 島 町 長 様

# 誓 約 書

平成 年 月 日

福 島 町 長 様

奨学生本人 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

住所 福島町字 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_

連帯保証人 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩  
(保護者)

住所 福島町字 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_

連帯保証人 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩  
(保護者以外)

住所 福島町字 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_

私たちは、このたび { 小笠原実奨学基金奨学生 花田俊勝奨学基金奨学生 福島町奨学生 } に決定されましたが、これに関連する条例・規則等の遵守及び次の事項を誠実に守り、学業に励むとともに心身の健康を維持し、善良な生徒・学生として行動することを誓います。

- 1 貸付を受けた奨学金は、条例等に定めるところにより償還します。
- 2 貸付を受けた奨学金を本人が償還しないときは、連帯保証人が代わってその金額を償還します。
- 3 その他本人にかかわる一切の責任は、連帯保証人がその責任を負うこととします。

# 奨学金受領口座報告書

平成 年 月 日

福島町長様

奨学生住所 福島町字 番地

氏名 ㊟

保護者氏名 ㊟

平成 年度 {  小笠原実奨学基金奨学金  
 花田俊勝奨学基金奨学金  
 福島町奨学金 } に係る金融機関名・口座番号

号等を、次のとおり報告します。

## 記

金融機関名	<input type="checkbox"/> 江差信用金庫福島支店 <input type="checkbox"/> 福島吉岡漁業協同組合 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 (店番 ) <input type="checkbox"/> 銀行 金庫 支店					
口座名義人 (フリガナ)	( )					
口座番号	普通預金					

※金融機関は、町内・町外どちらでも構いません。

口座名義人は、奨学生本人・保護者どちらでも構いません。

# 奨 学 生 推 薦 書

フリガナ 生徒氏名	
学校名・学年等	学校  (第 科 学年)
学業についての所見 (いずれかに○を)	1 特に優秀な者 2 平均水準以上の者 3 平均水準以下であるが向上が期待できる者
人物についての所見	
部活動の状況	

上記の生徒は、人物及び学業ともに優秀、身体健康であり奨学生として適正と認め、推薦します。

平成 年 月 日

福島町長様

学校名 \_\_\_\_\_

校長名 \_\_\_\_\_ ⑩

※「学業成績証明書」を必ず添付してください。(各学校の任意様式で可)

# 健 康 診 断 書

氏 名	( 男 ・ 女 )			生年月日	昭・平 年 月 日生 (満 歳)
身 長	目	視 力	右		主たる既往疾患
cm			左		
体 重		異常屈折	右		呼 吸 器 系 統
kg			左		
胸 囲		色 神			ツベルクリン 反 応
cm	眼 疾				
座 高	耳	聴 力	右		神 経 系 統
cm			左		
栄 養	鼻 咽	耳 疾			泌 尿 器 系 統
脊 柱	喉	鼻 及 び 咽 喉			レントゲン 透 視 結 果
胸 部	歯	虫歯	処 理	/	特 記 事 項
			未処理	/	
皮 膚	牙	歯 状			
		/			

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

病院名及び医師氏名