

	年	月	日	受領
応募番号：				

一般財団法人 DYM健康医療財団
代表理事 水谷 佑毅 殿

奨 学 生 願 書

令和 年 月 日

顔写真貼付
(4cm×3cm)

※直接印刷可

署 名



※必ず本人が署名捺印してください

I. 基本情報

※在学校欄には、大学名・学部・学科・コース等を記載してください
※通知書類等は、こちらに記載された現住所に送付いたします

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名			年 月 日 (満 才)
E-mail	@		
現住所	〒 -	電 話 番 号 (携帯可)	
		- -	
帰省先	〒 -	電 話 番 号 (帰省先)	
		- -	
在学校			学 年

II. 學歷・職歴等

※学歴は中学校卒業からとし、職歴にはアルバイトを含めて記載してください

[illegible]

Ⅲ. 世帯状況

※同一世帯で生計を一にしている人の全員分（応募者本人を含む）を記載してください
※世帯主については、世帯主欄にチェックをつけてください
※家計支持者全員の前年の収入を記載し、所得を証明する書類を添付してください

氏 名	世帯主	続柄	年齢	世帯主との同居・別居	職業（勤務先） 在学 校（学年）	給与収入（控除前）	給与以外の収入
						円	円
						円	円
						円	円
						円	円
						円	円
						円	円
小 計						円	円
合 計						円	

Ⅳ. 他の奨学金の受給状況

※他の奨学金を受給している場合のみ、その情報を記載してください

奨学金の名称	種 類	金 額（年額）
		円
		円

Ⅴ. 出願理由

※出願動機、自己PR、家庭事情などを自由に記載してください