

受 付 番 号	選定結果	選定番号	貸与月額	取扱者印
年 月 日受付 No. _____	決 定 否 決 補 欠	令和 年度 第 号	円	

奨 学 生 願 書

本 人	氏 名 <small>ふりがな</small>		生 年 月 日	
			昭・平 年 月 日生	
	現住所			
	在学する又は在学した 学校・学年・学部等			
保 証 人	氏 名 <small>ふりがな</small>		生 年 月 日	
			明・大・昭 年 月 日生	
	現住所			
	職 業	勤務先		
		本人との関係		

利尻富士町育英資金貸付条例による奨学生として志願いたします。

令和 年 月 日

利尻富士町長 田村 祥三 様

志願者

印

保証人

印

奨 学 生 推 薦 書

氏 名	学校名・学年 学部（課程）
学業について の 所 見	
人物について の 所 見	
家庭状況に ついての 所 見	
身体について の 所 見	
将来に対する 総合的所見	

上記のとおり推薦いたします。

令和 年 月 日

利尻富士町長 田村 祥三 様

学校長

印

家 庭 状 況 調 査 書

本人の氏名								
家 庭 状 況	家族氏名	続柄	年齢	生年月日	勤務先	月収	備考	
生活保護法の適用 有（月 円） ・ 無					その他の扶助 有（月 円） ・ 無			
日本育英会又はその他の奨学金 有（月 円） ・ 無					家族の恩給（年金）等 有（月 円） ・ 無			
地区民生委員の意見								
民生委員 ⑩								
学校長の意見								
学 校 長 ⑩								

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

利尻富士町長 田村 祥三 様

本 人 ⑩

健 康 診 断 書

氏 名		性 別	男・女	生年月日 (年 齢)	
身 長			栄 養		
体 重			脊 柱	形態 疾病	
胸 囲			胸 部		
座 高			皮 膚		
視 力	右 左			耳 疾	
屈折異常	右 左			鼻及び咽頭	
色 神			歯	ウ歯	処 置 未処置
眼 疾				その他 の歯疾	
聴 力	右 左				
主たる既往症					
呼吸器系統					
ツベルクリン 皮内反応					
神経系統					

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

利尻富士町長 田村 祥三 様

住所・病院名・医師名

印