

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		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		生 年 月 日		本人との関係
			明・大・昭 年 月 日生		
	現住所				
	職 業		勤務先		

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 <span style="float: right;">㊟</span>								
学校長の意見								
学校長 <span style="float: right;">㊟</span>								

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 ㊟

## 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