「篠田重晃障がい者大学進学助成基金」奨学生願書

2024年 月 日

公益財団法人 大阪コミュニティ財団
理事長 井内 摂男 様

貴財団の奨学金給付を受けたく連帯保証人連署のうえ申請致します。

なお、退学、性行不良等の理由で貴財団から返還を求められた場合は速やかに応じることを約束します。

出願者（本人）

氏名 ①

連帯保証人 （連帯保証人は保護者でも結構です。）

氏名 ① 出願者との続柄（ ）

住所 〒 電話（ ） —

勤務先 電話（ ） —

出願者	フリガナ			性別	生年月日				
	氏名			男・女	西暦	年	月	日生（満 歳）	
	障がい者手帳	第 号		障がい名					
		西暦	年	月	日	交付	障がい等級		級
	現住所	〒 —							
		電話（ ） —							
	在学学校	学校名	立	校	科	第	学年		
志望大学・学部	第1希望	大学		学部	学科				
	第2希望	大学		学部	学科				
	第3希望	大学		学部	学科				
保護者	氏名				出願者との続柄				
	現住所	〒 —							
	電話（ ） —								
家族欄 出願者を除く 同一世帯全員を 記入して下さい。	氏名	出願者との続柄	年齢（歳）	勤務先・学校・学年			年間所得（万円）		

※個人情報を選考及びそれに関する連絡・情報提供のみ利用します。