

※記入しないで下さい

※受験番号

長野医療衛生専門学校長 様

記入日：令和 年 月 日

各種学生支援制度 申請書

申請者氏名 _____ 印

生年月日 昭和
平成 年 月 日生 (才)

住所 (〒 -)

電話番号 _____

最終学校名 _____

年 月 卒業 ・ 卒業見込

このたびの出願に伴い、下記の学生支援制度を申請いたします。

■申請支援制度（申請する支援制度に✓してください）

記入欄	各種学生支援制度	
	上田市一人暮らし支援制度 ※入学後に賃貸契約書の写しが必要となります。	
	地元支援制度	
	音楽療法士学科 特別奨学金制度	
	再進学支援制度	
	入学金特別減免制度	親族 氏名 続柄

※以下は記入しないで下さい

※受付日 年 月 日

※担当 _____