

※記入しないで下さい

※受験番号

長野医療衛生専門学校  
校長 我妻 忠夫 殿

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 \_\_\_\_\_ 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	<small>親族が長野医療衛生専門学校および長野救命医療専門学校の卒業生・在校生の場合は下記を記入。</small>	
	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 \_\_\_\_\_