

# 奨学生願書

年 月 日

公益財団法人 永富薬学奨学財団

理事長 永富 茂 殿

貴財団の奨学生として採用していただきたく関係書類を添えて  
出願致します。

なお、下記に記入した事項については相違ありません。

本人 氏名 \_\_\_\_\_ 印

保証人 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

本人との続柄 ( ) 連絡先 ( - - )

## 写真

横 3.5 cm × 縦 4 cm

上半身正面脱帽

提出日より3か月

以内に撮影

フリガナ 氏 名		生年月日 西暦	年	月	日生 (満 歳)
フリガナ 現 住 所	〒				
本 籍					
E-mail		携帯電話	-	-	
大 学 名	大学	学部	年生		
卒業高校名	高校	年	月	卒業	
他の奨学金 受給	無 ・ 有 ( ) 該当するものを○で囲み、有の場合は受給奨学金名を記入				
フリガナ 親等氏名		連絡先	-	-	
フリガナ 現 住 所	〒				
自己 PR					

※ この願書は、奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。

※ この書式をコピーして、自筆で記入してください。