

【重要】奨学金保護者説明会のお知らせ

奨学金保護者説明会は、本奨学金を希望されている保護者に、本財団の目的・概要等をご理解いただくことを目的として開催します。尚、受給を希望される保護者の方はこの説明会の参加を**原則必須**とします。

- ・日時 : 2024年2月25日(日) 13:00~14:00
- ・場所 : レンブラントホテル大分 2階 久住の間
大分市田室町9番20号 電話 097 - 545 - 1040
- ・参加者 : 奨学金希望保護者
- ・方法 : 「奨学金保護者説明会申込書」に必要事項を記入の上、
財団事務局まで郵送
- ・期限 : 2024年2月20日必着

〒870 - 0952 大分市下郡北1-4-45
公益財団法人 永富薬学奨学財団
事務局 佐藤美和
電話 : 097 - 547 - 8710

奨学金保護者説明会 申込書

年 月 日

公益財団法人 永富薬学奨学財団
理事長 永富 茂 殿

フリガナ 学生氏名		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

フリガナ 保護者氏名		連絡先	— —
フリガナ 現住所	〒		
質問事項	(ご質問内容を簡潔にご記入ください)		

※ この申込書は、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。