

一般社団法人 サンタクロース奨学金（給付）申請書（進学希望高校生用）

申請日 西暦 年 月 日

本人	フリガナ			性別	本人顔写真	
	氏名			男・女	サイズ 4×3cm または 4.5×3.5cm  3ヶ月以内に撮影されたものを使用	
	生年月日 (西暦)	年 月 日生	年齢	才		
	フリガナ 在学学校	立				
	高等学校	全日制 定時制 通信制 単位制	年			
	フリガナ					
現住所	〒( - ) TEL( - - ) 携帯番号( - - ) メールアドレス					
保護者または施設長・里親	フリガナ			出願者との続柄		
	氏名					
	フリガナ					
現住所	〒( - ) TEL( - - ) 携帯番号( - - ) メールアドレス:					
保護者が父母でない場合はその理由を記入						

個人情報の取扱には十分注意いたします。

一般社団法人 サンタクロース奨学金支援機構 〒040-0033 北海道函館市千歳町 11-1  
TEL : 0138-23-5800 FAX : 0138-23-5900

推 薦 書  
( 学 校 長 用 )

西 曆   年   月   日

学校名	
住 所	
学校長	印

サンタクロース奨学金支援機構 理事長 殿

下記の生徒を「サンタクロース奨学金」の奨学生として推薦いたします。

ふりがな		年   月卒業予定
氏 名		科
推薦の言葉		
<p><b>【奨学生（奨学金受給者）の応募資格】</b></p> <p>1. 日本に国籍があり、現在、日本の高等学校または特別支援学校高等部などの高等課程の3年に在学し、国内の歯科衛生士専門学校または歯科技工士専門学校へ進学を希望する生徒等である者。</p> <p>2. 国の定めによる要保護児童であること。(児童福祉法第6条の3第8項に該当する者)</p> <p>3. 人物および学業について優秀であり、かつ経済的な理由により修学が困難であると認められる者。</p> <p>4. 在籍する高等学校等の学校長かつ住居する施設の施設長、里親の推薦を受けた者。</p> <p><b>【学資奨学金】</b></p> <p>歯科衛生士・歯科技工士専門学校入学希望者に学資奨学金として、指定口座へ振り込み一括支給致します。支給金額は100万円とします。</p>		
担当者		連絡先

# 推 薦 書

( 施 設 長 ・ 里 親 用 )

西 曆 年 月 日

施設名	里親の場合、記入は必要ありません
住 所	
施設長	里親の場合、記入は必要ありません 印

サンタクロース奨学金支援機構 理事長 殿

下記の生徒を「サンタクロース奨学金」の奨学生として推薦いたします。

ふりがな		年 月卒業予定
氏 名		科
推薦の言葉		
<p><b>【奨学生（奨学金受給者）の応募資格】</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 日本に国籍があり、現在、日本の高等学校または特別支援学校高等部などの高等課程の3年に在学し、国内の歯科衛生士専門学校または歯科技工士専門学校へ進学を希望する生徒等である者。</li><li>2. 国の定めによる要保護児童であること。(児童福祉法第6条の3第8項に該当する者)</li><li>3. 人物および学業について優秀であり、かつ経済的な理由により修学が困難であると認められる者。</li><li>4. 在籍する高等学校等の学校長かつ住居する施設の施設長、里親の推薦を受けた者。</li></ol> <p><b>【学資奨学金】</b></p> <p>歯科衛生士・歯科技工士専門学校入学希望者に学資奨学金として、指定口座へ振り込み一括支給致します。支給金額は100万円とします。</p>		
担当者		連絡先 担当者

# 在学証明書

申請者 氏名	フリガナ		年 月 入 学 年 月 卒業予定	第 学年
高校名		学科		

上記の者が本校に在学していること、ならびに父母等の保護者の事情により児童施設入所者であることを証明致します。

記入日 西暦 年 月 日

高等学校

学校長

職印

---

所在地（〒 - ）

---

電話（ - - ）ご担当者

---