

公益財団法人鹿児島県育英財団理事長 殿

氏 名 ㊟

返還支援候補者認定申請書

返還支援候補者の認定を受けたいので、鹿児島県育英財団奨学金返還支援事業実施規程第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな					性別	
	氏 名						
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)				※平成 29 年 4 月 1 日現在	
	住 所	〒					
	電話番号	携帯			固定		
	メールアドレス						
出身中学校		(年度卒)					
出身高等学校等		(年度卒)					
在籍大学等	名 称	大学院 大学		研究科 学部	専攻 学科		
	所 在 地	〒					
	在籍学年						
	卒業(修了) 予定年月	平成 年 月					
支援対象奨学金	奨学金の種類	☐ 日本学生支援機構 第一種(無利子)奨学金					☐ 大学 (学部) ☐ 大学院 (修士課程) ☐ 大学院 (博士課程) (注) 募集要項の第4項を参照し、いずれかに ☒
	いずれかに ☒	☐ 鹿児島県育英財団 大学等奨学金(奨学生番号)					
	借入金額(予定)	円/月 (総額 円)					
	借入期間(予定)	平成 年 月 ~ 平成 年 月					

私は、鹿児島県育英財団奨学金返還支援事業実施規程の内容を十分理解し、了承しました。

また、返還支援候補者及び返還支援対象者となった際は、日本学生支援機構等他の奨学金団体へ、奨学金の受給状況や滞納状況について当財団が調査等を行い、当該調査等の依頼を受けた者が当該調査等に回答することに同意します。 ※申請には同意が必要です。

平成 年 月 日

(氏名自署) _____

※ 在籍大学等の名称については学部，学科，課程についてすべて記載してください。

※ 申請者の生年月日は和暦，()内は平成 29 年 4 月 1 日現在の満年齢を記入してください。