

経専学園学費応援制度利用願

西暦 年 月 日

学校法人 経専学園
経専医療事務薬業専門学校
校長 中田靖泰 殿

貴校への入学の際は、「経専学園学費応援制度」の利用を希望いたします。

●本人記入欄

フリガナ	
氏名	
志望学科・コース	<input type="checkbox"/> 医療事務学科 <input type="checkbox"/> 薬業学科

●保護者記入欄

日本学生支援機構奨学金「第二種月額10万円以上(第一種との併用可)」の予約申込みをしていることをご確認の上、署名・押印願います。

保護者氏名(自署) ⑩

●高等学校記入欄

上記生徒が日本学生支援機構奨学金「第二種月額10万円以上(第一種との併用可)」の予約申込みをしていることをご確認の上、署名・押印願います。

学校名 高等学校

担任又は事務担当者 ⑩

正式手続きは、入学選考後に合格通知と併せてご案内いたします。

経専学園学費応援制度／この制度は、日本学生支援機構奨学金制度を利用する方を対象に、学費を毎月分割支払いでも、入学・進学を可能にする制度です。
利用条件は、日本学生支援機構奨学金「第二種月額10万円以上(第一種との併用可)」の予約申込みを高校在学中にされた方。くわしい内容につきましては、募集要項の11ページをご覧ください。

※「経専学園学費応援制度」利用希望者のみ記載送付のこと