

第20期留学奨学生 申込書

記入日(西暦): 年 月 日

フリガナ 氏名 (日本語)	姓	名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他		写真を貼る位置 1. 縦30~35mm 横 25~30mm 2. 本人単身胸から上 顔を正面から撮影 3. 白黒/カラー可 4. 申込3ヶ月以内撮影 5. 裏面に氏名記入、糊付
			国籍			
			出身地			
Name (English)	Last	First	生年月日(歳)			
			西暦	年	月	
			2023年4月1日現在満			歳
フリガナ 現住所 (日本語)	〒 (住民票記載の住所 <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる/都道府縣市町村)					
Address (English)						
連絡先	Fax					
	E-mail					
身体障害者手帳	番号		等級	第	種	級
学歴 (小学校から過去に 在籍及び卒業した 学校すべて)	年	月	~	年	月	
	年	月	~	年	月	
	年	月	~	年	月	
	年	月	~	年	月	
	年	月	~	年	月	
	年	月	~	年	月	
職歴	年	月	~	年	月	
	年	月	~	年	月	
	年	月	~	年	月	
	年	月	~	年	月	
資格、受賞歴 (取得免許など)						
これまでの 活動内容 (特にろう・手話に 関連した活動等)						

留学形態 (該当に☑)	□大学・大学院進学コース <□学士 □修士 □博士>	
留学先校	国・都市	
	学校名	
	学部・プログラム名	(URL _____)
	入学許可年月日	年 月 日 *合格通知、又は入学許可書の添付
	留学期間 (卒業/修了予定)	年 月入学 ~ 年 月修了予定
	本奨学金による 希望支援期間	年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月)
他の奨学金 (留学先大学の 奨学金含む)	<input type="checkbox"/> 受けている(機関名: _____ /受給期限: _____) <input type="checkbox"/> 申請中 (機関名: _____ /受給期限: _____) <input type="checkbox"/> 受けていない	
留学目的 (到達目標等)		
帰国後の 活動計画 (帰国後、留学で学んだことを、聴覚障害者コミュニティにどのように還元していきたいを具体的に述べてください)		
留学中の 日本国内 緊急連絡先	フリガナ 氏名 (続柄 _____) フリガナ 住所 〒 _____ TEL: _____ FAX: _____ E-mail _____	