

2027年度 明治薬科大学「めざせ明薬・予約型奨学金」申請書

記入日 年 月 日

1. 申請者に関する情報

フリガナ	
氏名	
生年月日(西暦)	年 月 日
受験予定学科	薬学科 ・ 生命創薬科学科 ・ 併願

2. 連絡先に関する情報

自宅住所	〒	
電話番号	自宅電話 — —	携帯電話（所有者氏名：） — —
メールアドレス	(所有者氏名：)	

3. 父母等に関する情報

続柄	氏名	年齢	勤務先（無職の場合は「無職」と記入）	勤続年数
父				
母				
その他生計維持者	申請者との関係 ()			
その他生計維持者	申請者との関係 ()			

【「父」または「母」のみ記入した方】その理由に該当する項目に✓をし、カッコ内選択・記入してください。

☐父・母が死亡：死亡年月を記入 父（西暦 年 月）・母（西暦 年 月）☐父・母が生別（離婚等）：生別年月を記入（西暦 年 月）☐父母に婚姻歴無：（父・母）のみ記入

4. 申請者の出身高等学校に関する情報

出身高校名	国・公・私 立	卒業（ 年 月） 卒業見込（ 年 月）
高校コード		※高校コードは、別添「高等学校等コード表」をご参照ください。

5. 誓約欄

申請内容に虚偽はありません。	
申請者：	印
生計維持者：	印 申請者との関係(父・母・その他)
※その他生計維持者の署名は該当者のみ	

本紙を記入後、奨学金募集要項記載の他の必要書類と合わせて申請期間内に学生支援課 予約型奨学金係宛に送付ください。

※入学者選抜試験の出願先とは異なりますので、ご注意下さい。