様式 I

2024 年派遣
アメリカ大使留学奨学金プログラム　願書

受験番号

※は事務局記入欄です

DOB	MED	SG	ENG
※	※	※	※

フリガナ					写真
氏　　名					
生年月日	西暦　　年　　月　　日（満　　歳）	国籍			
現住所	〒			性別	男・女
電話番号		FAX		本人携帯番号	
PC mail		携帯mail			
在学校名	国・公 私　立	高等学校		学年	
ホームルーム 教員氏名		担当 教科		留学担当 先生名	
最終学歴	中学校卒業				

家族構成	氏　名	本人との続柄	年齢	学校名／勤務先	携帯番号

※実家から離れて暮らしている場合は実家の情報を記入してください

住所　　〒

電話　　FAX

海外渡航歴	有　・　無	行先		期間
これまでのクラブ活動	1		2	
課外活動	1		2	
趣味スポーツ	1		2	
	3		4	
特技	1		2	
宗教	なし　　あり（　　）			

2024 年「アメリカ大使留学奨学金プログラム」への応募にあたり、以下について確認、同意した上で、申し込みます。

・2024 年「アメリカ大使留学奨学金プログラム」募集要項を読み、内容を理解しました。
・自己負担となる費用について確認をしました。
・願書に記載した内容について、虚偽、抜け漏れなく記載しました。
・健康状態申告書に、応募者本人の健康状態について虚偽、抜け漏れなく記載しました。

年　　月　　日　本人署名

親権者署名　　印

親権者署名　　印

※出願生徒の親権所有者全員が署名してください。