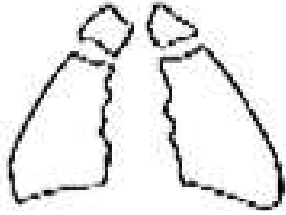


(裏)

健康診断	既往症(主として結核症)		
	発病	年 月	
	治療	年 月	検査の場所
	最終「ツ」反応	年 月	
	※(×)(+)(-)		
	最終BCG接種	年 月	
	「ツ」陽性転化	年 月	
判定	就学 ※(可)(注意)(不可)		
		年 月 日 医師	印
奨学金希望の理由			
<p>伊佐市奨学生条例に基づく奨学生として採用していただきたいので、別紙奨学生推薦調書を添えお願いいたします。</p> <p>なお、採用されましたときは奨学生としての本分をつくすことはもちろん、奨学金の返還その他の義務についても条例、規則に従い、連帯の責任を負いますことを誓約いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>本人 住所 氏名 印</p> <p>保護者 住所 氏名 印</p> <p>連帯保証人 住所 氏名 印</p> <p>伊佐市教育委員会 殿</p>			