

# 提携サロン奨学金制度申請書

令和 年 月 日

厚生労働大臣指定美容師養成施設  
浜松クレアックスビューティーカレッジ  
学 校 長 殿

所 在 地

氏 名

保護者名

印

私は浜松クレアックスビューティーカレッジに願書を提出すると同時に  
浜松クレアックスビューティーカレッジの提携サロンが  
運営する奨学金制度に申し込みいたします。

最終学歴

学 校 名

住 所

卒業年月日  
(予定)

令和 年 月 日