

※受験番号

## サポートプラン奨学生認定願

令和 年 月 日

近畿大学附属新宮高等学校長 様

貴校サポートプラン奨学生の資格を満たしているため、サポートプラン奨学生として認めていただきますようお願いいたします。

学 校 名 立 中 学 校

受験者氏名

保護者氏名 印

※の欄は記入しないでください。

近畿大学附属新宮高等学校